

山东省申请教师资格人员体格检查表

编 号												一寸照片
姓 名												
既往病史				有无精神病史		主检医师意见：						
						签名：						
眼科	裸眼视力	右：		矫正视力	右：矫正度数		检查者				医师意见：	
		左：			左：矫正度数							
	色觉检查	彩色图案及彩色数码检查：_____								检查者	签名：	
		色觉检查图名称：_____										
	单色识别能力检查：（色觉异常者查此项）											
	红（ ） 黄（ ） 绿（ ） 蓝（ ） 紫（ ）											
	眼病											
内科	血压	/ kpa				检查者				医师意见：		
	发育情况					心脏及血管						
	呼吸系统					神经系统						
	腹部器官	肝 脾 肾										
	其它											
外科	身高	厘米		体重		千克		颈部		医师意见：		
	皮肤			面部				关节				
	脊柱			四肢				检查者				
	其它											
耳鼻咽喉	听力	左耳 米		右耳 米		检查者				医师意见：		
	嗅觉					检查者						
	耳鼻咽喉											
口腔科	唇腭					是否口吃				医师意见：		
	牙齿	(齿缺失_____+_____)										
	其它											
胸部透视											医师签名：	
肝脏功能			表面抗原			体检结论	主检医生签名：					
主检医师意见：												
签名：					年 月 日（医院盖章）							

说明：1. “既往病史”一栏，申请人必须如实填写，如发现有隐瞒严重病史，不符合认定条件者，即使取得资格，一经发现收回认定资格。

2. 主检医师作体检结论要填写合格、不合格、受限三种结论，并简单说明原因。