

## 浙江省申请教师资格人员体格检查表

身份证号码														一寸照片
姓名												主检医师意见：		
性别		出生年月										签名：		
既往病史		有无精神病史												
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	
		色觉检查图名称：_____												
	单色识别能力检查：(色觉异常者查此项)										签名：			
	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											签名：		
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												签名：	
耳鼻喉	听力	左耳 米		右耳 米		检查者						医师意见：		
	嗅觉					检查者								
	耳鼻咽喉												签名：	
口腔科	唇腭						是否						医师意见：	
	牙齿	( 齿缺失 _____ + _____ )					口吃							
	其它											签名：		
胸部透视											医师签名：			
肝功能				表面抗原							体检结论			
主检医师意见：						主检医师签名： 年 月 日 (医院盖章)								
签名：														

说明：1. “既往病史”一栏，申请人必须如实填写，如发现隐瞒严重病史，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、不合格两种结论，并简单说明原因。