

## 附件 2

# 海南省申请认定教师资格人员体格检查表

姓名		年龄		性别		民族		张贴一寸免冠 白底彩色照片 (加盖医院公章)
籍贯		工作单位		联系电话				
既往病史 本人如实填写	1. 肝炎    2. 结核    3. 皮肤病    4. 性传播性疾病 5. 精神病    6. 其他 受检者确认签字: _____							
眼科	裸眼 视力	右:		矫正 视力		右: 矫正度数		检查者:
		左:				左: 矫正度数		
	色觉检查	彩色图案及彩色数码检查: _____ 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 ( )						检查者:
	眼病							
内科	血压							检查者:
	发育情况			心脏及血管			检查者:	
	呼吸系统			神经系统				
	腹部器官	肝:		脾:		肾:		
	其他							
外科	身高	厘米	体重	千克			检查者:	
	皮肤		面部		颈部		检查者:	
	脊柱		四肢		关节			
	其他							
耳鼻喉科	听力	左耳	米,	右耳	米	嗅觉		检查者:
	耳鼻咽喉							检查者:
口腔科	唇腭					是否		检查者:
	牙齿	(齿缺失-----+-----)				口吃		
	其他							
胸部透视							检查者:	
肝功能检验	转氨酶:						检查者:	
体检 结论	主检医师签名:			体检医院 意见		体检医院盖章: 年 月 日		

注: 1.体检医院为县级以上医院(含县级)或省内注册的体检中心(医院); 2.“既往病史”一栏,申请人必须如实填写,如发现隐瞒严重病史,不符合教师资格认定条件,即使已认定,经查实仍将撤销资格; 3.主检医师作体检结论要填写合格、不合格两种结论,并简要说明原因。