

附件2

海南省申请教师资格人员体检表

身份证明号：

签发机关：

姓名		年龄		性别		民族		照片
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					是否口吃		检查者：
	牙齿	(齿缺失-----+-----)						
	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（含县级）以上医院；2.“既往病史”一栏，申请者必须如实填写，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，经查实仍将取消资格；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。