

体检号 _____

姓名		年龄		性别		照 片		
民族		籍贯		婚否				
现住所				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(请注明) _____ 受检者确认签字: _____						
五官科	裸眼视力	左	矫正视力	左	矫正度数	左	医师意见 和签名 眼科	
		右		右		右		
	辨色力			眼病				
	听力	左耳	米	右耳	米	其他		
	鼻	嗅觉			鼻及鼻窦			耳鼻喉科
	面部			咽喉				
	口腔唇腭			齿			口腔科	
其他								
内科	血压	毫米汞柱		心率	次/分钟		医师意见	
	神经及精神							
	发育及营养状况							
	肺及呼吸道							
	心脏及心血管							
	腹部器官	肝						
		脾						
其他							签名	

外科	身高	厘米	体重	千克	医师意见
	淋巴		脊柱		
	四肢		关节		
	皮肤		颈部		
	其他				签名
胸片或胸透	(注：对出现呼吸系统疑似症状者须进行胸片项目检查)				医师签名
心电图					医师签名
化验检查 (附化验单)	淋球菌		梅毒螺旋体		医师签名
	ALT		其他项目		
妇科检查	滴虫				医师签名
	外阴阴道假丝酵母菌				
体检结论	负责医师签名： 年 月 日				
体检医院意见	<p>(请体检医院根据《江苏省教师资格认定体检标准》明确作出合格或不合格结论，不合格的需注明原因。)</p> <p>该同志符合(不符合)江苏省教师资格认定体检标准，体检合格(不合格)。</p> <p>(体检医院盖章)</p> <p>年 月 日</p>				
备注	(进行复检人员需在此注明复检项目和结果，体检医院据此作出是否合格结论，并加盖医院章。)				

