

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	耳鼻喉科
	鼻	嗅觉			鼻及鼻窦		
	面部			咽喉			口腔科
	口腔唇腭			齿			
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					签名
		脾					
其他							

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				
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<u>符合(不符合)</u>江苏省教师资格认定体检标准， 体检<u>合格(不合格)</u>。</p> <p>(体检医院盖章) 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，并加盖医院公章。)				