江苏省幼儿园教师资格申请人员体检表

体检号_____

<table>
<tr><td>姓 名</td><td></td><td>年 龄</td><td></td><td>性 别</td><td></td><td rowspan="3">照

片</td></tr>
<tr><td>民 族</td><td></td><td>籍 贯</td><td></td><td>婚 否</td><td></td></tr>
<tr><td>现住所</td><td colspan="3"></td><td>联 系
电 话</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">既 往 病 史
（本人如实填写）</td><td colspan="5">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:_____</td></tr>
<tr><td rowspan="8">五

官

科</td><td rowspan="2">裸 眼
视 力</td><td>左</td><td rowspan="2">矫 正
视 力</td><td>左</td><td rowspan="2">矫 正
度 数</td><td>左</td><td rowspan="8">医师意见
和签名
眼科

耳鼻喉科

口腔科</td></tr>
<tr><td>右</td><td>右</td><td>右</td></tr>
<tr><td>辨色力</td><td colspan="2"></td><td>眼病</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>听 力</td><td colspan="2">左耳　　米</td><td colspan="2">右耳　　米</td><td>其他</td><td></td></tr>
<tr><td>鼻</td><td>嗅
觉</td><td></td><td>鼻及鼻窦</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>面 部</td><td colspan="2"></td><td>咽 喉</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>口腔唇腭</td><td colspan="2"></td><td>齿</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>其 他</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td rowspan="8">内

科</td><td>血 压</td><td colspan="2">毫米汞柱</td><td>心 率</td><td colspan="2">次/分钟</td><td rowspan="8">医师意见

签名</td></tr>
<tr><td>神经及精神</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>发育及营养状况</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>肺及呼吸道</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>心脏及心血管</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">腹部器官</td><td>肝</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>脾</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>其 他</td><td colspan="5"></td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="6">外

科</td><td>身 高</td><td>厘米</td><td>体 重</td><td>千克</td><td rowspan="6">医师意见

签名</td></tr>
<tr><td>淋 巴</td><td></td><td>脊 柱</td><td></td></tr>
<tr><td>四 肢</td><td></td><td>关 节</td><td></td></tr>
<tr><td>皮 肤</td><td></td><td>颈 部</td><td></td></tr>
<tr><td>其 他</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>胸片
或
胸透</td><td colspan="4">（注：对出现呼吸系统疑似症状者须进行胸片项目检查）</td><td>医师签名</td></tr>
<tr><td>心电图</td><td colspan="4"></td><td>医师签名</td></tr>
<tr><td rowspan="2">化验
检查
（附化
验单）</td><td>淋球菌</td><td></td><td>梅毒螺旋体</td><td></td><td rowspan="2">医师签名</td></tr>
<tr><td>ALT</td><td></td><td>其他项目</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">妇科
检查</td><td colspan="2">滴 虫</td><td colspan="2"></td><td rowspan="2">医师签名</td></tr>
<tr><td colspan="2">外阴阴道假丝酵母菌</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>体检
结论</td><td colspan="5">负责医师签名:
年 月 日</td></tr>
<tr><td>体检
医院
意见</td><td colspan="5">（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。）

（体检医院盖章）
年 月 日</td></tr>
<tr><td>备注</td><td colspan="5">（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。）</td></tr>
</table>