附件1

海南省申请认定教师资格人员体检表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 年龄 |  | 性别 |  | 民族 |  | 一寸照片（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 |  |
| 耳喉鼻科 | 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： |
| 化验检查（幼儿园） | 淋球菌 |  | 梅毒螺旋体 |  | 检查者： |
| 外阴阴道假丝酵母菌（念珠菌） |  | 滴虫 |  |
| 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 |

**注意事项：1.申请人可在省内或省外县级以上医院(含县级)或省内注册的体检中心(医院)体检；2.申请人须如实填写“既往病史”一栏；3.申请人须完成全部体检项目并有医生签名（特殊人群免做项目按照公告执行），化验检查项目仅限申请幼儿园教师资格；4.主检医师对体检情况做出合格结论，做出不合格结论须简要说明原因。**