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。**