

湖北省教师资格申请人员体检表

(身份：教师 ☐ 学生 ☐)

姓名		年龄		性别		婚否		民族		一寸照片	
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 <div>受检者确认签字：_____</div>									
五官科	裸眼视力	右	矫正视力	右	矫正度数	右	签名				
		左		左		左					
	辨色力									签名	
	听力	左耳 米			右耳 米			医师意见：			
	鼻	嗅觉			鼻及鼻窦						
	面部				咽喉		签名				
	口腔唇腭				牙齿		医师意见：				
是否口吃				发音是否嘶哑							
外科	身高	公分			体重		公斤			医师意见：	
	淋巴				脊柱						
	四肢				关节						
	皮肤				颈部						
	其它									签名	
内科	营养状况									医师意见：	
	血压										
	心脏及血管										
	呼吸系统										
	腹部器官										签名
	神经及精神										
其它											
化验检查	丙氨酸氨基转移酶(ALT)				其它					签名	
心电图检查										签名	
胸部透视										签名	

粘 贴 报 告 单

体 检 结 论	负责医师签名:
体 检 意 见	体检医院公章 年 月 日

说明: 1. “既往病史”一栏, 申请人必须如实填写, 如发现有隐瞒严重病史, 不符合认定条件者, 即使取得资格, 一经发现收回认定资格; 2. 本表适用于除幼儿园类别以外其他类别教师资格申请人员; 3. 体检结论要填写合格或不合格结论, 并简要说明原因。