附件：

海南省申请教师资格人员体检表

身份证号码： 签发机关：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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： |
| 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：1.体检医院为县级（含县级）以上医院；2.“既往病史”一拦，申请者必须如实填写，如发现隐瞒严重病史，不符合教师资格认定条件，即使已认定，经查实仍将取消资格；3.主检医师作体检结论要填写合格、不合格两种结论，并简要说明原因。