

身份证号																				一寸照片	
姓名																					
既往病史		肝炎				主检医师意见:				签名:											
		结核																			
		皮肤病																			
		性传播性疾病				本人签名:															
		精神病																			
		其他																			
眼科	裸眼视力		右:		矫正视力				右: 矫正度数				检查者		医师意见:						
	左:		左: 矫正度数						检查者												
	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				签名:				
眼病																					
内科	血压		/ kpa										检查者		医师意见:						
	发育情况						心脏及血管														
	呼吸系统						神经系统														
	腹部器官		肝				脾				肾										
	其它																				
外科	身高		厘米				体重				千克				颈部		医师意见:				
	皮肤						面部								关节						
	脊柱						四肢								检查者						
	其它																				
耳鼻咽喉	听力		左耳 米				右耳 米				检查者				医师意见:						
	嗅觉												检查者								
	耳鼻咽喉																				
口腔科	唇腭												是否口吃				医师意见:				
	牙齿		(齿缺失-----+-----)																		
	其它																				
胸透	胸部透视										医师意见:				签名:						
	若胸透异常, 则进行胸片检查										检查结果:				医师意见:				签名:		
肝功能	肝脏功能										医师意见:				签名:						
	若转氨酶异常, 需进一步明确诊断										检查结果:				医师意见:				签名:		
生殖科(仅限申请幼儿园教师资格认定人员)		淋球菌										主检医师意见:									
		梅毒螺旋体																			
		妇		滴虫										签名:							
		科		外阴阴道假丝酵母菌																	
体检结论		主检医师签名: 年 月 日 (医院盖章)																			

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. 主检医师作体检结论要填写合格、不合格两种结论, 并简单说明