

附件 1

海南省申请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							
耳鼻喉科	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”一栏, 申请人必须如实填写, 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。