

安徽省教师资格申请人员体检表（幼儿园）

姓名		年龄		性别		婚否		民族					
籍贯		身份证号					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 <p style="text-align: center;">受检者确认签字：</p>								相片			
五官科	裸眼视力	右	矫正视力	右	矫正度数	右	医师意见：						
		左		左		左							
	辨色力				眼病								
	听力	左耳 米			右耳 米								
	鼻	嗅觉			鼻及鼻窦								
	面部				咽喉								
	口腔唇腭				齿								
	其它												
签名：													
外科	身高	米			体重	公斤							
	淋巴				脊柱								
	四肢				关节								
	皮肤				颈部								
	其它												
签名：													

姓名：_____，身份证号：_____。

(粘贴检查单处)

内科	营养状况		医师意见： 签名：
	血压		
	心脏及血管		
	呼吸系统		
	腹部器官		
	神经及精神		
	其它		
心电图			签名：
妇科检查	滴虫		签名：
	外阴阴道假丝酵母菌(念球菌)		
实验室检查	血常规		签名：
	尿常规		签名：
	转氨酶		签名：
	淋球菌		签名：
	梅毒螺旋体		签名：
胸部透视			签名：
体检结论	负责医师签字：		
体检医院意见	体检医院公章 年 月 日		

说明：负责医师作体检结论要填写“合格”、“不合格”两种结论，并说明原因。