

黑龙江省申请教师资格人员体检表

|            |         |       |          |      |          |    |      |      |  |        |
|------------|---------|-------|----------|------|----------|----|------|------|--|--------|
| 姓名         |         | 年 龄   |          | 性别   |          | 婚否 |      | 民族   |  | 相<br>片 |
| 籍贯         |         | 现住所   |          |      | 联系电话     |    |      |      |  |        |
| 既 往 病 史    |         | 本人签字： |          |      |          |    |      |      |  |        |
| 以上栏目由申请人填写 |         |       |          |      |          |    |      |      |  |        |
| 五官科        | 裸 眼 视 力 | 右     | 矫正<br>视力 | 右    | 矫正<br>度数 | 右  | 医师意见 |      |  |        |
|            |         | 左     |          | 左    |          | 左  |      |      |  |        |
|            | 辨 色 力   |       |          | 眼病   |          |    | 签名   |      |  |        |
|            | 听 力     | 左耳 米  |          |      | 右耳 米     |    |      | 医师意见 |  |        |
|            | 耳 疾     |       |          |      |          |    |      | 签名   |  |        |
|            | 鼻       | 嗅 觉   |          | 鼻及鼻窦 |          |    | 医师意见 |      |  |        |
|            | 面 部     |       |          | 咽 喉  |          |    | 签名   |      |  |        |
|            | 口 腔 唇 腭 |       |          | 齿    |          |    |      |      |  |        |
|            | 其 他     |       |          |      |          |    |      | 医师签名 |  |        |
| 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 他     |       |          |      |          |    |      | 签名   |  |        |

|        |  |    |     |      |      |
|--------|--|----|-----|------|------|
| 内科     | 血 压  |    |     |      | 医师意见 |
|        | 心脏及血管  |    |     |      |      |
|        | 呼 吸 系 统                                      |    |     |      |      |
|        | 腹 部 器 官                                      | 肝  | 脾   | 其 他  |      |
|        | ( B 超 )                                      |    |     |      |      |
|        | 神 经 及 精 神                                    |    |     |      |      |
|        | 其 他  |    |     |      | 签名   |
| 妇科检查   |  |    |     | 医师签名 |      |
| 胸部透视   |  |    |     | 医师签名 |      |
| 化验检查   | 肝功   | 血糖 | 其 他 | 医师签名 |      |
| (附化验单) |  |    |     |      |      |
| 体检结论   | <div>负责医师签字：</div>                           |    |     |      |      |
| 体检医院   |  |    |     |      |      |
| 意 见    | <div>体检医院公章</div> <div>年      月      日</div> |    |     |      |      |

说明： 1.即往病史指心脏病、肝炎、哮喘、精神病、癫痫、结核、皮肤病、性传播性疾病等病史。

本人应如实填写患病时间、治愈等情况，否则后果自负。

2. 参加体检者，检查当日须空腹。

3.对出现呼吸系统疑似症状者增加胸片检查项目。