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 |  | 相片 |
| 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 受检者确认签字： |
| 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 |
| 五官科 | 裸眼视力 | 右 | 矫正视力 | 右 | 矫正度数 | 右 | 医师意见：签名： |
| 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 |  |
| 外科 | 身高 | 米 | 体重 | 公斤 | 医师意见：签名： |
| 淋巴 |  | 脊柱 |  |
| 四肢 |  | 关节 |  |
| 皮肤 |  | 颈部 |  |
| 其它 |  |
| 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： |

说明：1.申请人个人基本信息由本人填写完整，照片可以由体检医院现场拍摄，也可自行粘贴一寸照片；

2.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，签字或签章；

 3.体检中心需加盖公章、写明体检日期。

安徽省教师资格申请人员体检表（中小学）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 年龄 |  | 性别 |  | 婚否 |  | 民族 |  | 相片 |
| 申报学科 |  | 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 既往病史（本人如实填写） |  |
| 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 |
| 五官科 | 裸眼视力 | 右 | 矫正视力 | 右 | 矫正度数 | 右 | 医师意见：签名： |
| 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 |  |
| 外科 | 身高 |  Cm | 体重 | Kg | 医师意见：签名： |
| 淋巴 |  | 脊柱 |  |
| 四肢 |  | 关节 |  |
| 皮肤 |  | 颈部 |  |
| 其它 |  |
| 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： |
| 实验室检查 | 血常规 |  | 签名： |
| 尿常规 |  | 签名： |
| 转氨酶 |  | 签名： |
| 胸部透视 |  | 签名： |

说明：1.申请人个人基本信息由本人填写完整，照片可以由体检医院现场拍摄，也可自行粘贴一寸照片；

2.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，签字或签章；

 3.体检中心需加盖公章、写明体检日期。