湖北省申请认定教师资格人员体检表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓    名 |   | 性别 |   | 出生日期 | 年  月  日 | 二寸免冠近照 |
| 文化程度 |   | 民族 |   | 职业 |   |
| 婚否 |   | 籍贯 | 省        市       县 |
| 既往病史 |   |
| 现住址 |   | （骑缝章） |
| （以上由本人如实填写） |
| 五官科 | 眼 | 裸眼视力 | 右 | 矫正          视力 | 右 | 医师意见           签字： |
| 左 | 左 |
| 其它眼病 | 　 | 色觉     检查 | 彩色图案                  及编码 |
| 单颜色识别：红、绿、紫、蓝、黄 |
| 耳 | 听      力 | 右     米 | 耳疾 | 　 |
| 左     米 |
| 鼻 | 嗅觉 | 　 | 鼻及鼻窦疾病 | 　 |
| 颜面部 | 　 | 咽喉 | 　 |
| 口腔 | 唇腭 | 门齿 | 　 | 口吃 |   |
| 其它 | 　 |
| 外科 | 身高 | cm | 体重 | kg | 皮肤 | 　 | 医师意见   签字： |
| 淋巴 | 　 | 甲状腺 | 　 | 脊柱 | 　 |
| 四肢 | 　 | 平跖足 | 　 |
| 关节 | 　 |
| 其它 | 　 |
| 内科 | 血压 | mmHg | 脉搏 | 次/分 | 　医师意见          签字： |
| 发育及营养状况 | 　 |
| 神经及   精神 | 　 |
| 肺及     呼吸道 | 　 |
| 心 脏     及血管 | 　 |
| 腹部器官 | 肝 | 　 |
| 腹 | 　 |
| 其它 | 　 |
| 胸部放射       线检查 | 　 | 医师意见  签字： |
| 化验检查 | 附化验单据 |   |
| 检查结论 |                                                                                                                                            （盖章） | 负责医师  签字： |
| 备注 |   | 　  |

体检日期        年           月         日