

# 广东省教师资格申请人员体格检查表

## (2013 年修订)

|                 |       |       |    |        |      |     |       |                  |
|-----------------|-------|-------|----|--------|------|-----|-------|------------------|
| 市               |       | 县(区)  |    | 申请资格种类 |      |     |       |                  |
| 姓 名             |       | 性 别   |    | 年 龄    |      | 民 族 |       | 贴<br>相<br>片<br>处 |
| 籍 贯             |       | 身份证号码 |    |        |      |     |       |                  |
| 工作单位            |       |       |    | 职 业    |      |     |       |                  |
| 通讯地址            |       |       |    | 联系电话   |      |     |       |                  |
| 既往病史<br>(项目见说明) | 本人签名: |       |    |        |      |     |       |                  |
| (以上空白处由申请人如实填写) |       |       |    |        |      |     |       |                  |
| 五<br>官<br>科     | 裸眼视力  | 右     | 矫正 | 右      | 矫正   | 右   | 医师意见: |                  |
|                 |       | 左     | 视力 | 左      | 度数   | 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      |      |     |       |                  |
|                 | 其他    |       |    |        |      |     |       | 签名:              |
| 外<br>科          | 身高    | 厘米    | 体重 |        | 千克   |     | 医师意见: |                  |
|                 | 淋巴    |       |    | 脊柱     |      |     |       |                  |
|                 | 四肢    |       |    | 关节     |      |     |       |                  |
|                 | 皮肤    |       |    | 颈部     |      |     |       |                  |
|                 | 其他    |       |    |        |      |     |       | 签名:              |

|                                                |                  |                      |                              |     |       |  |
|------------------------------------------------|------------------|----------------------|------------------------------|-----|-------|--|
| 内<br>科                                         | 血压               |                      |                              |     | 医师意见: |  |
|                                                | 营养状况             |                      |                              |     |       |  |
|                                                | 心脏及血管            |                      |                              |     |       |  |
|                                                | 呼吸系统             |                      |                              |     |       |  |
|                                                | 神经系统             |                      |                              |     |       |  |
|                                                | 腹部器官             | 肝                    |                              |     |       |  |
|                                                |                  | 脾                    |                              |     |       |  |
| 其他                                             |                  |                      |                              | 签名: |       |  |
| 化<br>验<br>检<br>查<br>(附化验单)                     | 血常规              |                      | 肝功五项<br>(谷草、谷丙转氨酶、<br>胆红素三项) |     | 肾功三项  |  |
|                                                | 血糖               |                      | 类风湿因子                        |     | 尿常规   |  |
| 仅<br>限<br>申<br>请<br>幼<br>儿<br>教<br>师<br>资<br>格 | 淋球菌              |                      |                              |     | 医师意见: |  |
|                                                | 梅毒螺旋体            |                      |                              |     |       |  |
|                                                | 妇<br>科<br>检<br>查 | 滴虫                   |                              |     | 签名:   |  |
|                                                |                  | 念球菌                  |                              |     |       |  |
| 胸部透视                                           |                  | 医师签名:                |                              |     |       |  |
| 体检结论                                           |                  | 主检医生签名:<br><br>年 月 日 |                              |     |       |  |
| 体检医院<br><br>意 见                                |                  | 体检医院 盖章<br><br>年 月 日 |                              |     |       |  |

说明: 既往病史指心脏病、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。