附件4

山东省申请教师资格人员体格检查表

编　号													一寸照片
姓　名					手机号								
身份证号													
既往病史	肝炎		主检医师意见： 签名：										
	结核												
	皮肤病												
	性传播性疾病												
	精神病		本人签名：										
	其他												

眼科	裸眼视力	右：	矫正视力	右：矫正度数	检查者	医师意见： 签名：
		左：		左：矫正度数		
	色觉检查	彩色图案及彩色数码检查：_____ 色觉检查图名称：_____ 单色识别能力检查：（色觉异常者查此项） 红（　）黄（　）绿（　）蓝（　）紫（　）			检查者	
	眼病					
内科	血压	/ kpa			检查者	医师意见： 签名：
	发育情况		心脏及血管			
	呼吸系统		神经系统			
	腹部器官	肝　　脾　　肾				
	其它					

外科	身高	厘米	体重	千克	颈部		医师意见： 签名：
	皮肤		面部		关节		
	脊柱		四肢		检查者		
	其它						
耳鼻喉	听力	左耳　　米	右耳　　米	检查者			医师意见： 签名：
	嗅觉			检查者			
	耳鼻咽喉						
口腔科	唇腭		是否口吃				医师意见： 签名：
	牙齿	（齿缺失————————+————————）					
	其它						
胸透	胸部透视		医师意见：	签名：			
	若胸透异常，则进行胸片检查	检查结果：	医师意见：	签名：			
肝功	肝脏功能		医师意见：	签名：			
	若转氨酶异常，需进一步明确诊断	检查结果：	医师意见：	签名：			

生殖科（仅限申请幼儿园教师资格认定人员）	淋球菌			主检医师意见： 签名：
	梅毒螺旋体			
	妇科	滴虫		
		外阴阴道假丝酵母菌		
体检结论	主检医师签名： 年　　月　　日（医院盖章）			

说明：1.“既往病史”一栏，申请人必须如实填写，如发现有隐瞒严重病史，不符合认定条件者，即使取得资格，一经发现收回认定资格 2. 主检医师作体检结论要填写合格、不合格两种结论，并简要说明原因。