附件 2

浙江省申请中小学教师资格人员体格检查表

（2010 年 12 月修订）

<table>
<tr><td colspan="2">身份证号码</td><td colspan="10"></td><td rowspan="4">一寸照片</td></tr>
<tr><td colspan="2">姓　名</td><td colspan="4"></td><td colspan="4" rowspan="3">主检医师意见：

签名：</td></tr>
<tr><td>性别</td><td></td><td>出生年月</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>既往病史</td><td colspan="4">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：_____</td></tr>
<tr><td rowspan="3">眼科</td><td rowspan="2">裸眼视力</td><td>右：</td><td rowspan="2">矫正视力</td><td>右：矫正度数</td><td rowspan="2">检查者</td><td rowspan="3">医师意见：

签名：</td></tr>
<tr><td>左：</td><td>左：矫正度数</td></tr>
<tr><td>色觉检查</td><td colspan="3">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（　）</td><td>检查者</td></tr>
<tr><td>眼病</td><td colspan="3"></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="5">内科</td><td>血压</td><td colspan="2">/　　kpa</td><td colspan="2">检查者</td><td rowspan="5">医师意见：

签名：</td></tr>
<tr><td>发育情况</td><td></td><td>心脏及血管</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>呼吸系统</td><td></td><td>神经系统</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>腹部器官</td><td colspan="4">肝　　脾　　肾</td></tr>
<tr><td>其它</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">外科</td><td>身高</td><td>厘米</td><td>体重</td><td>千克</td><td>颈部</td><td rowspan="4">医师意见：

签名：</td></tr>
<tr><td>皮肤</td><td></td><td>面部</td><td></td><td>关节</td></tr>
<tr><td>脊柱</td><td></td><td>四肢</td><td></td><td rowspan="2">检查者</td></tr>
<tr><td>其它</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">耳鼻喉</td><td>听力</td><td>左耳　　米</td><td>右耳　　米</td><td>检查者</td><td></td><td rowspan="3">医师意见：

签名：</td></tr>
<tr><td>嗅觉</td><td colspan="2"></td><td>检查者</td><td></td></tr>
<tr><td>耳鼻咽喉</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">口腔科</td><td>唇腭</td><td colspan="3"></td><td>是否口吃</td><td></td><td rowspan="3">医师意见：

签名：</td></tr>
<tr><td>牙齿</td><td colspan="4">（齿缺失————————+————————）</td></tr>
<tr><td>其它</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="7">胸部透视　　医师签名：</td></tr>
<tr><td colspan="2">肝脏功能</td><td colspan="2"></td><td rowspan="2">体检结论</td><td colspan="2" rowspan="2">主检医师签名：
年　　月　　日（医院盖章）</td></tr>
<tr><td colspan="4">主检医师意见：

签名：</td></tr>
</table>

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，并简单说明原因。

浙江省申请幼儿园教师资格人员体格检查表

（2010 年 12 月制订）

<table>
<tr><td colspan="2">身份证号码</td><td colspan="10"></td><td colspan="8"></td><td rowspan="4">一寸照片</td></tr>
<tr><td colspan="2">姓　名</td><td colspan="9"></td><td colspan="8" rowspan="3">主检医师意见：

签名：</td></tr>
<tr><td>性别</td><td></td><td colspan="2">出生年月</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>既往病史</td><td colspan="9">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：_____</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="3">眼科</td><td rowspan="2">裸眼视力</td><td>右：</td><td rowspan="2">矫正视力</td><td>右：矫正度数</td><td rowspan="2">检查者</td><td rowspan="3">医师意见：

签名：</td></tr>
<tr><td>左：</td><td>左：矫正度数</td></tr>
<tr><td>色觉检查</td><td colspan="3">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（　）</td><td>检查者</td></tr>
<tr><td>眼病</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="5">内科</td><td>血压</td><td colspan="2">/　　kpa</td><td>检查者</td><td rowspan="5">医师意见：

签名：</td></tr>
<tr><td>发育情况</td><td></td><td>心脏及血管</td><td></td></tr>
<tr><td>呼吸系统</td><td></td><td>神经系统</td><td></td></tr>
<tr><td>腹部器官</td><td colspan="3">肝　　脾　　肾</td></tr>
<tr><td>其它</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="4">外科</td><td>身高</td><td>厘米</td><td>体重</td><td>千克</td><td>颈部</td><td></td><td rowspan="4">医师意见：

签名：</td></tr>
<tr><td>皮肤</td><td></td><td>面部</td><td></td><td>关节</td><td></td></tr>
<tr><td>脊柱</td><td></td><td>四肢</td><td></td><td colspan="2" rowspan="2">检查者</td></tr>
<tr><td>其它</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="3">耳鼻喉</td><td>听力</td><td>左耳　　米</td><td>右耳　　米</td><td>检查者</td><td></td><td rowspan="3">医师意见：

签名：</td></tr>
<tr><td>嗅觉</td><td colspan="2"></td><td>检查者</td><td></td></tr>
<tr><td>耳鼻咽喉</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="3">口腔科</td><td>唇腭</td><td colspan="2"></td><td rowspan="2">是否口吃</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="3">医师意见：

签名：</td></tr>
<tr><td>牙齿</td><td colspan="2">（齿缺失————————+————————）</td></tr>
<tr><td>其它</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

<table>
<tr><td colspan="7">胸部透视　　医师签名：</td></tr>
<tr><td rowspan="3">化验检查</td><td>丙氨酸氨基转移酶(ALT)</td><td></td><td>滴虫</td><td></td><td rowspan="3">检查者</td></tr>
<tr><td>淋球菌</td><td></td><td>梅毒螺旋体</td><td></td></tr>
<tr><td>外阴阴道假丝酵母菌（念珠菌）</td><td></td><td>其他</td><td></td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>肝脏功能</td><td></td><td rowspan="2">体检结论</td><td rowspan="2">主检医师签名：

年　　月　　日（医院盖章）</td></tr>
<tr><td colspan="2">主检医师意见：

签名：</td></tr>
</table>

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。滴虫、外阴阴道假丝酵母菌指妇科检查项目。 2. 主检医师作体检结论要填写合格、不合格两种结论，并简单说明原因。