

中小学教师体检表

姓名		年龄		性别		婚否		民族		相 片
籍贯		现住所				联系电话				
既往病史		本人签字：								
以上栏目由申请人填写										
五官科	裸眼视力	右	矫正 视力	右	矫正 度数	右	医师意见			
		左		左		左				
	辨色力			眼病			签名			
	听 力	左耳 米		右耳 米		医师意见				
	耳 疾						签名			
	鼻	嗅 觉		鼻及鼻窦			医师意见			
	面 部			咽 喉						
	口腔唇腭			齿			签名			
其 他						医师签名				
外科	身 高	公 分		体 重	公 斤		医师意见			
	淋 巴			脊 柱						
	四 肢			关 节						
	皮 肤			颈 部						
	其 他						签名			

内科	血 压				医师意见 签名
	心脏及血管				
	呼吸系统				
	腹部器官 (B超)	肝	脾	其 他	
	神经及精神				
其 他					
妇科检查				医师签名	
胸部透视				医师签名	
化验检查 (附化验单)	肝功	血糖	其 他	医师签名	
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				

说明：1.即往病史指心脏病、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。
2.参加体检者，检查当日须空腹。