附件1

湖北省教师资格申请人员体检表

(适合申请中小学、中等专业学校、实习指导教师资格人员使用)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名  |   | 年龄  |   | 性别  |   | 婚否  |   | 民族  |   |     一寸照片  |
| 籍贯  |   | 工 作单 位  |    | 联系电话  |   |
|  |  |
| 既 往 病 史本 人 如 实 填 写  | 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：  |  |
| 五   官   科  | 裸眼视力  | 右  | 矫正视力 矫正度数右 左  | 右  | 签名  |
| 左  | 左  |
| 辩 色 力  |   | 签名  |
| 听 力  | 左 耳 米  | 右 耳 米  | 医师意见:  签名  |
| 鼻  | 嗅 觉  |   | 鼻及鼻窦  |   |
| 面 部  |   | 咽 喉  |   |
| 口腔唇腭  |   | 牙齿  |   | 医师意见:  签名  |
| 是否口吃  |   | 发音是否嘶哑  |   |
| 外  科  | 身 高  |  公分  | 体 重  | 公斤  | 医师意见:   签名  |
| 淋 巴  |   | 脊 柱  |   |
| 四 肢  |   | 关 节  |   |
| 皮 肤  |   | 颈 部  |   |
| 其 它  |   |
| 内   科  | 营养状况  |   | 医师意见:        签名  |
| 血 压  |   |
| 心脏及血管  |   |
| 呼吸系统  |   |
| 腹部器官  |   |
| 神经及精神  |   |
| 其它  |   |
| 化验检查  | 丙氨酸氨基转移酶（ALT）  |   | 其 它  |   |    签名  |
| 心电图检查  |   | 签名  |
| 胸 部 透 视  |  |   | 签名  |
|            | 粘 贴 报 告 单  |  |
| 体检结论  |      负责医师签名:  |  |
| 体检意见  |    体检医院公章 年 月 日  |  |

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.本表适用于除幼儿园类别以外其他类

别教师资格申请人员；3.体检结论要填写合格或不合格结论，并简要说明原因。