

## 附件 4

## 山东省教师资格申请人员体格检查表

|                          |                 |                         |       |           |  |         |  |     |  |       |  |       |  |       |  |     |  |       |         |  |     |     |  |  |  |
|--------------------------|-----------------|-------------------------|-------|-----------|--|---------|--|-----|--|-------|--|-------|--|-------|--|-----|--|-------|---------|--|-----|-----|--|--|--|
| 编 号                      |                 |                         |       |           |  |         |  |     |  |       |  |       |  |       |  |     |  | 一寸照片  |         |  |     |     |  |  |  |
| 姓 名                      |                 |                         |       |           |  |         |  |     |  |       |  |       |  |       |  |     |  |       |         |  |     |     |  |  |  |
| 既往病史                     |                 | 肝炎                      |       |           |  | 主检医师意见： |  |     |  |       |  |       |  |       |  |     |  |       |         |  |     |     |  |  |  |
|                          |                 | 结核                      |       |           |  |         |  |     |  |       |  |       |  |       |  |     |  |       |         |  |     |     |  |  |  |
|                          |                 | 皮肤病                     |       |           |  | 签名：     |  |     |  |       |  |       |  |       |  |     |  |       |         |  |     |     |  |  |  |
|                          |                 | 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： |  |       |  |       |  |     |  |       |         |  |     |     |  |  |  |
|                          |                 | 左：                      |       |           |  | 左：矫正度数  |  |     |  |       |  |       |  |       |  |     |  |       |         |  |     |     |  |  |  |
|                          | 色觉检查            | 彩色图案及彩色数码检查：_____       |       |           |  |         |  |     |  |       |  | 检查者   |  | 签名：   |  |     |  |       |         |  |     |     |  |  |  |
|                          |                 | 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（ ） |                 |                         |       |           |  |         |  |     |  |       |  |       |  |       |  |     |  |       |         |  |     |     |  |  |  |
| 眼病                       |                 |                         |       |           |  |         |  |     |  |       |  |       |  |       |  |     |  |       |         |  |     |     |  |  |  |
| 内科                       | 血压              | / kpa                   |       |           |  |         |  |     |  |       |  |       |  |       |  | 检查者 |  | 医师意见： |         |  |     |     |  |  |  |
|                          | 发育情况            |                         |       |           |  |         |  |     |  |       |  | 心脏及血管 |  |       |  |     |  |       |         |  |     |     |  |  |  |
|                          | 呼吸系统            |                         |       |           |  |         |  |     |  |       |  | 神经系统  |  |       |  |     |  |       |         |  |     |     |  |  |  |
|                          | 腹部器官            | 肝                       |       | 脾         |  |         |  |     |  | 肾     |  |       |  |       |  | 签名： |  |       |         |  |     |     |  |  |  |
|                          | 其它              |                         |       |           |  |         |  |     |  |       |  |       |  |       |  |     |  |       |         |  |     |     |  |  |  |
| 外科                       | 身高              | 厘米                      |       |           |  | 体重      |  | 千克  |  | 颈部    |  | 医师意见： |  |       |  |     |  |       |         |  |     |     |  |  |  |
|                          | 皮肤              |                         |       |           |  | 面部      |  |     |  | 关节    |  |       |  |       |  |     |  |       |         |  |     |     |  |  |  |
|                          | 脊柱              |                         |       |           |  | 四肢      |  |     |  | 检查者   |  |       |  |       |  |     |  |       |         |  |     |     |  |  |  |
|                          | 其它              |                         |       |           |  |         |  |     |  |       |  |       |  |       |  |     |  |       |         |  |     |     |  |  |  |
| 耳鼻咽喉                     | 听力              | 左耳 米                    |       |           |  | 右耳 米    |  |     |  | 检查者   |  | 医师意见： |  |       |  |     |  |       |         |  |     |     |  |  |  |
|                          | 嗅觉              |                         |       |           |  |         |  |     |  |       |  |       |  |       |  |     |  |       |         |  |     | 检查者 |  |  |  |
|                          | 耳鼻咽喉            |                         |       |           |  |         |  |     |  |       |  |       |  |       |  |     |  |       |         |  |     | 签名： |  |  |  |
| 口腔科                      | 唇腭              |                         |       |           |  |         |  |     |  |       |  | 是否口吃  |  | 医师意见： |  |     |  |       |         |  |     |     |  |  |  |
|                          | 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：   |  |     |  |       |         |  |     |     |  |  |  |
| 肝功能                      | 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： |  |     |     |  |  |  |
|                          |                 |                         | 梅毒螺旋体 |           |  |         |  |     |  |       |  |       |  |       |  |     |  |       |         |  |     |     |  |  |  |
|                          | 妇科              | 滴虫                      |       |           |  |         |  |     |  |       |  |       |  |       |  |     |  |       |         |  | 签名： |     |  |  |  |
|                          |                 |                         |       | 外阴阴道假丝酵母菌 |  |         |  |     |  |       |  |       |  |       |  |     |  |       |         |  |     |     |  |  |  |
| 体检结论                     |                 | 主检医师签名：<br>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，并简单说明原因。