

确认点：
 申请学段：
 申请任教学科：
 报名号：
 身份证号码：

黑龙江省申请教师资格人员体检表

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		医 师 意 见						
	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		医 师 意 见						
	四 肢	关 节		医 师 意 见						
	皮 肤	颈 部		医 师 意 见						
	其 他	签 名								

内科	血 压				医师意见
	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				签名
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。

3.对出现呼吸系统疑似症状者增加胸片检查项目。