附件3

江苏省幼儿园教师资格申请人员体检表

体检号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | 年 龄 | | | |  | | | | | 性 别 | | | |  | | | 照  片 |
| 民 族 |  | | | 籍 贯 | | | |  | | | | | 婚 否 | | | |  | | |
| 现住所 |  | | | | | | | | | | | | 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（请注明）  受检者确认签字： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 五 官 科 | 裸 眼  视 力 | 左 | | | | | 矫 正  视 力 | | | | 左 | | | 矫 正  度 数 | | | | | 左 | 医师意见  和签名  眼科  耳鼻喉科  口腔科 |
| 右 | | | | | 右 | | | 右 |
| 辨色力 |  | | | | | | | | | 眼病 | | |  | | | | | |
| 听 力 | 左耳 米 | | | | | | | 右耳 米 | | | | | | | 其他 | | |  |
| 鼻 | 嗅觉 | | |  | | | | | | 鼻及鼻窦 | | | | |  | | | |
| 面 部 |  | | | | | | | | | 咽 喉 | | |  | | | | | |
| 口腔唇腭 |  | | | | | | | | | 齿 | | |  | | | | | |
| 其 他 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 内 科 | 血 压 | | | 毫米汞柱 | | | | | | | | 心 率 | | | | 次/分钟 | | | | 医师意见  签名 |
| 神经及精神 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 发育及营养状况 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 肺及呼吸道 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 心脏及心血管 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 腹部器官 | | | 肝 | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 脾 | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 其 他 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 外 科 | 身 高 | | 厘米 | | | | | | | 体 重 | | | | | 千克 | | | | | 医师意见  签名 |
| 淋 巴 | |  | | | | | | | 脊 柱 | | | | |  | | | | |
| 四 肢 | |  | | | | | | | 关 节 | | | | |  | | | | |
| 皮 肤 | |  | | | | | | | 颈 部 | | | | |  | | | | |
| 其 他 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 胸片  或  胸透 | （注：对出现呼吸系统疑似症状者须进行胸片项目检查） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 医师签名 |
| 心电图 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 医师签名 |
| 化验  检查  (附化验单) | 淋球菌 | | | | |  | | | | | 梅毒螺旋体 | | | | | | |  | | 医师签名 |
| ALT | | | | |  | | | | | 其他项目 | | | | | | |  | |
| 妇科  检查 | 滴 虫 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | 医师签名 |
| 外阴阴道假丝酵母菌 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 体检  结论 | 负责医师签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 体检  医院  意见 | （请体检医院根据《江苏省教师资格认定体检标准》明确作出合格或不合格结论，不合格的需注明原因。）  （体检医院盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 备注 | （进行复检人员需在此注明复检项目和结果，体检医院据此作出是否合格结论，并加盖医院章。） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |