

# 浙江省申请幼儿园教师资格人员体格检查表

(2010年12月制定)

身份证号码														一寸照片
姓名												主检医师意见：		
性别		出生年月										签名：		
既往病史	1.肝炎 2.结核 3.皮肤病 4.性传播性疾病 5.精神病 6.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： 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 ( )										检查者		签名：
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		
	其它													签名：
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										
	其它						检查者						签名：	
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						医师意见：	
	牙齿	(齿缺失_____+_____)					口吃							
	其它											签名：		
胸部透视												医师签名：		
化验检查	丙氨酸氨基转移酶(ALT)					滴虫					检查者			
	淋球菌					梅毒螺旋体								
	外阴阴道假丝酵母菌(念珠菌)					其他								
肝脏功能					体检结论					主检医师签名：				
主检医师意见：														
签名：										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。滴虫、外阴阴道假丝酵母菌指妇科检查项目。  
 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。