

|               |                                       |      |                    |    |  |       |
|---------------|---------------------------------------|------|--------------------|----|--|-------|
| 内科            | 血 压                                   | 毫米汞柱 |                    | 脉搏 |  | 医师意见： |
|               | 发 育 及<br>营养状况                         |      |                    |    |  |       |
|               | 神 经<br>及精神                            |      |                    |    |  |       |
|               | 肺 及<br>呼吸道                            |      |                    |    |  |       |
|               | 心 脏<br>及血管                            |      |                    |    |  |       |
|               | 腹 部<br><br>器 官                        |      | 肝                  |    |  |       |
|               |                                       |      | 脾                  |    |  |       |
|               | 其他                                    |      |                    |    |  | 签字：   |
| 认定幼儿园教师资格人员必填 | 淋球菌                                   |      | 滴虫                 |    |  |       |
|               | 梅毒螺旋体                                 |      | 外阴阴道假丝酵母菌<br>(念球菌) |    |  |       |
| 化验检查          | 贴肝功能化验单<br><br><br>化验员（签章）：           |      |                    |    |  |       |
| 胸部爱克斯线透 视     | <br><br><br>医师（签章）：                   |      |                    |    |  |       |
| 其他检查          |                                       |      |                    |    |  |       |
| 检查结论          | <br><br><br>负责医师（签章）：<br><br><br>医院盖章 |      |                    |    |  |       |
| 备 考           |                                       |      |                    |    |  |       |

年    月    日

湖南省教师资格认定体检表

(2018 年 3 月修订)

姓            名\_\_\_\_\_

工    作    单    位\_\_\_\_\_

户    籍    所    在    地\_\_\_\_\_

申请资格种类\_\_\_\_\_

填    表    日    期\_\_\_\_\_

湖南省教育厅监制

# 说      明

- 一、体检在相应的教师资格认定机构指定的县级以上医院进行，并必须包括传染病和精神病史等项目。高等学校教师资格认定体检由拟聘任教学校统一组织在市州以上医院进行。
- 二、申请认定幼儿园和小学教师资格的，参照《中等师范学校招生体检标准》的有关规定执行；申请认定初级中学及其以上教师资格的，参照《高等师范学校招生体检标准》的有关规定执行。
- 三、承担体检的医院应当根据上述标准，对被检人员做出合格或不合格的结论

|                                                    |       |      |           |          |            |          |     |                                       |       |
|----------------------------------------------------|-------|------|-----------|----------|------------|----------|-----|---------------------------------------|-------|
| 姓      名                                           |       | 性 别  |           | 婚 否      |            | 民 族      |     | 半身<br>脱帽<br>正面<br>相片<br><br><br>医院骑缝章 |       |
| 出生年月                                               |       | 身份证号 |           |          |            |          |     |                                       |       |
| 最高学历                                               |       | 职 业  |           | 籍 贯      |            |          |     |                                       |       |
| 现住所及<br>通讯地址                                       |       |      |           |          |            |          |     |                                       |       |
| 既往病史（须明确标明肝炎、结核、<br>皮肤病、性传播疾病、精神病、其他，<br>并受检者确认签字） |       |      |           | 受检者签名：   |            |          |     |                                       |       |
| 家族病史                                               |       |      |           |          |            |          |     |                                       |       |
| 五官<br>科                                            | 眼     | 视力   | 右         |          | 矫正视<br>力   | 右        |     | 辩色力                                   | 医师意见： |
|                                                    |       |      | 左         |          |            | 左        |     |                                       |       |
|                                                    | 砂眼    | 右    |           | 其他眼<br>疾 |            |          |     |                                       |       |
|                                                    |       | 左    |           |          |            |          |     |                                       |       |
|                                                    | 耳     | 听力   | 右      公尺 |          | 耳疾         |          |     |                                       |       |
|                                                    |       |      | 左      公尺 |          |            |          |     |                                       |       |
|                                                    | 鼻     | 嗅觉   |           |          | 鼻及鼻<br>窦疾病 |          |     |                                       |       |
|                                                    | 咽喉    |      |           | 唇腭       |            | 口吃       |     |                                       |       |
| 齿                                                  | 龋齿    |      |           | 缺齿       |            | 齿槽<br>脓漏 |     |                                       |       |
| 其他                                                 |       |      |           |          |            |          |     | 签字：                                   |       |
| 外<br><br><br><br><br>科                             | 身高    | cm   |           | 胸围       | cm         |          | 皮肤  | 医师意见：                                 |       |
|                                                    | 体重    | kg   |           | 呼吸差      | cm         |          |     |                                       |       |
|                                                    | 淋巴    |      |           | 甲状腺      |            |          | 脊柱  |                                       |       |
|                                                    | 四肢    |      |           | 关节       |            |          | 平噉足 |                                       |       |
|                                                    | 泌尿生殖器 |      |           |          |            |          | 肛门  |                                       |       |
| 疝                                                  |       |      |           |          | 其他         |          |     | 签字：                                   |       |