

黄色区域请老师提前填

## 吉林省高等学校教师资格认定申请人体格检查表

学校公章  
压照片

粘贴本人近期  
免冠正面1寸  
白底证件照

体检医院公章  
压照片

|             |                                                             |        |   |      |             |    |                |             |             |             |                |  |
|-------------|-------------------------------------------------------------|--------|---|------|-------------|----|----------------|-------------|-------------|-------------|----------------|--|
| 姓名          | XX                                                          | 性别     | X | 出生年月 | XX          | 民族 | XX             | 文化程度        | XX          | 职业          | XX             |  |
| 单位          | XXXXXX                                                      |        |   |      |             |    | 现在住所           | XXXXXX      |             |             |                |  |
| 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<br>6. 其他: 受检者确认签字: 本人签字 |        |   |      |             |    |                |             |             |             |                |  |
| 外科          | 身高                                                          | 厘米     |   | 体重   | 公斤          |    | 脊柱             |             |             |             |                |  |
|             | 胸围                                                          | 厘米     |   |      |             |    | 皮肤             |             |             | 四肢          |                |  |
|             | 泌尿生殖器                                                       |        |   |      |             |    | 淋巴             |             |             |             |                |  |
|             | 其他                                                          |        |   |      |             |    | 医生意见           | 签字: 盖章或签字   |             |             |                |  |
| 内科          | 血压                                                          | 毫米汞柱   |   |      |             |    | 脉搏             | 每分钟         |             |             |                |  |
|             | 心脏血管系统                                                      |        |   |      |             |    | 肺呼吸道           |             |             |             |                |  |
|             | 腹腔脏器                                                        |        |   |      |             |    | 精神神经           |             |             |             |                |  |
|             | 其他                                                          |        |   |      |             |    | 医生意见           | 签字: 盖章或签字   |             |             |                |  |
| 胸部透视        |                                                             |        |   |      |             |    | 心电图            |             |             |             |                |  |
| 医生签字: 盖章或签字 |                                                             |        |   |      |             |    | 医生签字: 盖章或签字    |             |             |             |                |  |
| 五官          | 眼                                                           | 视力     | 右 |      | 矫正视力        |    | 右              | 色觉          | 医生签字: 盖章或签字 |             |                |  |
|             |                                                             | 左      |   |      | 左           |    |                |             |             |             |                |  |
|             | 耳                                                           | 听力     | 右 |      | 鼻疾          | 右  | 咽喉             | 医生签字: 盖章或签字 |             |             |                |  |
|             |                                                             | 左      |   | 左    |             |    |                |             |             |             |                |  |
| B超          |                                                             |        |   |      |             |    | 医生签字: 盖章或签字    |             |             |             |                |  |
| 化验检查        | 肝功                                                          | 未见明显异常 |   |      | 医生签字: 盖章或签字 |    | 血常规            | 未见明显异常      |             | 医生签字: 盖章或签字 |                |  |
|             |                                                             |        |   |      |             |    | 尿常规            |             |             | 医生签字: 盖章或签字 |                |  |
| 主治医师结论:     |                                                             |        |   |      |             |    | 体检单位意见:        |             |             |             |                |  |
| 合格          |                                                             |        |   |      |             |    | 合格             |             |             |             | 体检医院公章<br>(盖章) |  |
|             |                                                             |        |   |      |             |    |                |             |             |             |                |  |
| 签字: 盖章或签字   |                                                             |        |   |      |             |    | XX 年 XX 月 XX 日 |             |             |             |                |  |
|             |                                                             |        |   |      |             |    | XX 年 XX 月 XX 日 |             |             |             |                |  |

注: 1. 此表在体检前必须贴有本人照片, 并加盖本单位公章, 否则无效。

2. “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。

3. 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。