

附件 2

晋城市申请认定中小学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:								
身份证号:										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		签名				
	口腔唇腭			齿						
其 他						医师签名				
外科	身 高	公分		体 重	公斤		医师意见			
	淋 巴			脊 柱						
	四 肢			关 节						
	皮 肤			颈 部						
	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. 既往病史指心脏病、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。