

附件 1

山西省申请认定幼儿园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				
身份证号码										
既 往 病 史		本人签字：								
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 签名			
		左		左		左				
	辨色力			眼病						
	听力	左耳	米	右耳	米	医师意见 签名				
	耳 疾									
	鼻	嗅 觉		鼻及鼻窦			医师意见 签名			
	面部			咽喉						
	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 签名			
	淋巴			脊柱						
	四肢			关节						
	皮肤			颈部						
	其他									

内科	血 压				医师意见	
	心脏及血管					
	呼 吸 系 统					
	腹 部 器 官	肝	脾	其 他		
	(B 超)					
	神 经 及 精 神				签名	
妇 科 检 查	滴 虫					
	念 球 菌				医师签名	
胸部透视					医师签名	
化验检查 (附化验单)		肝功	血糖	淋球菌	梅毒螺旋体	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.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、精神病等病史。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。

3.对出现呼吸系统疑似症状者增加胸片检查项目。