

附件 2

山西省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					
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			
	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				
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。