

附件1

突泉县申请教师资格认定人员体检表

姓 名			性 别			出生年月			照 片	
民 族		电 话		身 份						
婚 否		籍 贯								
现住所及通讯处										
既往病史	心脏病、肾炎、肝炎、关节炎、哮喘、精神病、癫痫、肺结核、()									
以上由本人如实填写，学校及所在单位负责审核										
五 官 科	眼	视力	左			色 盲	医师意见：			
			右							
		矫正 视力	左			其 他				
			右							
	耳	听力	左			耳疾	医师意见：			
			右							
嗅觉		颜面部								
	口吃	咽喉								
		唇颚	门齿							
外 科	身 高		公分		体 重	公斤		医师意见：		
	淋 巴			甲 状 腺						
	皮 肤			胸 廓						
	四 肢			脊 柱						
	关 节			外 貌						
	皮 肤			其 他						

内科	血 压	毫米汞柱		医师意见：
	心 率 (次) /分			
	发育及 营养状况			
	肺及呼吸道			
	心 脏			
	其 他			
胸 片			医师签名：	
化验检查 (另附化验单)	血常规	肝功 (ALT AST ALP GGT)	肾功 (肌酐尿酸尿素)	
结 论	主检医师签名：			
体 检 医 院 意 见	体检医院公章 年 月 日			

说明：1. 既往病史一栏，必须如实填写，并须在病名下面划横线，

2. 参加体检人员，查体当日须空腹。

附件 2

突泉县申请幼儿园教师资格人员体检表

姓名		年龄		性别		婚否		民族		照片	
籍贯		现住所				联系电话					
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	
		左			左			左			
	辨色力				眼疾					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				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 签名：
	心脏及血管					
	呼吸系统					
	腹部器官 (B超)	肝	脾	其他		
神经及精神						
妇科检查	滴虫					医师签名：
	念球菌					
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	尿常规	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				