

附件

云南省申请教师资格认定人员体检表

| | | | | | | | | | | |
|------------------|-----|------|-----|-----|------|------|------|----|------|--------|
| 姓名 | | 性别 | | 年龄 | | 婚 否 | | 民族 | | 相 片 |
| 籍 贯 | | 常住地址 | | | | 联系电话 | | | | |
| 既往病史(本人 如实填写) | | | | | | | | | | |
| 五 官 科 | 裸 眼 | 右 | 矫 正 | 右 | 矫 正 | 右 | 医师意见 | | | |
| | 视 力 | 左 | 视 力 | 左 | 度 数 | 左 | | | | |
| | 辨色力 | | | | 眼 病 | | | | | |
| | 听 力 | 左耳 | 米 | 左耳 | 米 | | | | | |
| | 鼻 | 嗅 觉 | | | 鼻及鼻窦 | | | | | |
| | 面 部 | | | | 咽 喉 | | | | | |
| | 口 腔 | | | | 齿 | | | | | |
| | 其 它 | | | | | | | | | 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 它 | | | | | | | | | 签名 |

| | | | | | |
|--------|-----------------|--|-----|--|------|
| 内科 | 营养状况 | | | | 医师意见 |
| | 血 压 | | | | |
| | 心脏及血管 | | | | |
| | 呼吸系统 | | | | |
| | 腹部器官 | | | | |
| | 神经及精神 | | | | |
| | B 超 | | | | 签名 |
| 妇科检查 | | | | | 签名 |
| 胸部透视 | | | | | 签名 |
| 化验检查 | 肝 功 | | 尿吗啡 | | 签名 |
| | 尿常规 | | HIV | | |
| 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 | | | | |