云南省申请教师资格认定人员体检表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  姓名 |  |  年龄 |  |  性别 |  |  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 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 |  |
|  昕   力 |  左耳        米 |  右耳               米 |
|  鼻 |  嗅   觉 |  |  鼻及鼻窦 |  |
|  面  部 |  |  咽喉 |  |
| 口腔唇腭 |  |  齿 |  |
|  其    E |  |
|    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 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 营养状况 |  |  医师意见         签名 |
|           血 压内 |  |
|          科 | 心脏及血管 |  |
| 呼吸系统 |  |
| 腹部器官 |  |
| 神经及精神 |  |
| 其     它 |  |
| 妇科检查 |  | 签名 |
| 胸部透视 |  | 签名 |
| 化验检查 |  | 签名 |
|        体检结论 |              负责医生签字： |
|           体检医院 意    见 |                                                                                            体检医院公章 年     月     日 |
|  |  |  |  |  |