

附件 2

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					
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			眼病			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 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
	心脏及血管管				
	呼 吸 系 统				
	腹 部 器 官	肝	脾	其 他	
	( B 超 )				
	神 经 及 精 神				
妇科	滴 虫				签名
检查	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	<div>体检医院公章</div> <div>年      月      日</div>				

说明: 1.即往病史指心脏病、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。