**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 |   |
| 听力 | 左耳米 | 右耳米 |
| 鼻 | 嗅觉 |   | 鼻及鼻窦 |   |
| 面部 |   | 咽喉 |   |
| 口腔唇腭 |   | 齿 |   |
| 其它 |   |
|   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 |   |
|  其它 |    |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|   内      科 | 营养状况 |   |  医师意见      签名 |
| 血压 |   |
| 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 |