附件 2：

**辽宁省申请教师资格人员体检表**

(A4 纸双面打印、个人信息如实填写，照片加盖认定机构公章）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  签名  |
| 左  | 左  | 左  |
| 辨 色 力  |   | 眼病  |   |
| 听 力  | 左 耳 米  | 右 耳 米  | 医师意见 签名  |
| 耳 疾  |   |
| 鼻  | 嗅 觉  |   | 鼻及鼻窦  |   | 医师意见  签名  |
| 面 部  |   | 咽 喉  |   |
| 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    签名  |
| 淋 巴  |   | 脊 柱  |   |
| 四 肢  |   | 关 节  |   |
| 皮 肤  |   | 颈 部  |   |
| 其 他  |   |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |   |
| 其 他  |   |
| 妇科检查  |   | 医师签名  |
| 胸部透视  |   | 医师签名  |
| 化验检查 （附化验单）  | 肝功  | 血糖  | 其 他  | 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  |

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。

1. 参加体检者，检查当日须空腹。
2. 对出现呼吸系统疑似症状者增加胸片检查项目。