长春市教师资格认定体检专用表

                                     第            号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |   | 性别 |   | 出 生年 月 |   | 民族 |   | 职业 |   | 一寸正面免冠彩色照片 |
| 单位 |   | 现住所 |   |
| 既往病史 |   |
| 以上所列各项由申请人本人填写 |
| 外       科 | 身  高 | 厘米 | 体重 | 公斤 | 胸  围 | 厘米 |
| 淋  巴 |   | 皮  肤 |   |
| 脊  柱 |   | 四  肢 |   |
| 甲状腺 |   | 泌  尿生殖器 |   |
| 其  他 |   |
| 医  生意  见 | 签字： |
| 内      科 | 血  压 | 毫米汞柱 | 脉  搏 | 每分钟 |
| 心脏血管系统 |   | 肺  呼吸  道 |   |
| 精神及神  经 |   | 腹  腔脏  器 |   |
| 其  他 |   |
| 医  生意  见 | 签字： |
| 胸部透视                           医生签字： | 心电         医生签字： |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 五   官   科 | 眼 | 视力 | 右 |   | 矫正视力 | 右 |   | 眼疾 | 右 |   | 色觉 |   |
| 左 |   | 左 |   | 左 |   |
| 耳 | 听力 | 右 | 公尺 | 耳疾 |   |
| 左 | 公尺 |
| 鼻 | 嗅觉 |   | 鼻疾 |   |
| 咽喉 |   | 口吃 |   | 其他 |   |
| 医生意见 | 签字： |
| B超 |                           医生签字： |
|  化 验 检 查 | 丙氨酸氨基转移酶(ALT) |                   医生签字： |
| 血常规 |                   医生签字： |
| 尿常规 |                    医生签字： |
| 主检医师结论     签名： 年  月  日 | 体检医疗单位意见                                  （盖章）                                                                             年    月      日 |
| 复审结论       签名： 年        月      日 |

 注：此表须正反面打印