

广西壮族自治区申请认定教师资格人员体检表

编号：

姓 名		性 别		年 龄		婚 否		民 族		小 2 寸正面 免冠相片	
文化程度		职业		申请教师资 格种类							
单位 或住址				电 话							
既往病史											
五 官 科	眼	视 力	右	矫 正 视 力	右	辨 色 力					医师：
			左		左						
		其 他									
	耳	听 力	右 公尺		耳 疾					医师：	
			左 公尺								
鼻	嗅 觉				鼻 疾						
咽 喉					语 言						
口 腔	唇 腭				齿					医师：	
	口 吃										

- 注：1. 贴相片处需加盖体检医院骑缝章。
 2. 体检单位必须按照教师资格认定体检标准作出“合格”或“不合格”的结论，负责医生需签字，并加盖体检单位公章方有效。
 3. 用 A4 纸双面打印

外科	身高	公分	胸廓		医师:
	体重	公斤	脊柱		
	淋巴		甲状腺		
	四肢		关节		
	面部				
内科	血压	/kpn			医师:
	肺及呼吸道				
	心血管				
	腹部器官		肝		
			脾		
神经及精神					
胸部 X 线透视				医师:	
化验检查	肝功能 (ALT、AST)				
体检医院结论	<p style="text-align: center;">负责医师:</p> <p style="text-align: right;">年 月 日 (单位盖章)</p>				

- 注: 1. 贴相片处需加盖体检医院骑缝章。
2. 体检单位必须按照教师资格认定体检标准作出“合格”或“不合格”的结论, 负责医生需签字, 并加盖体检单位公章方有效。
3. 用 A4 纸双面打印