山西省申请认定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 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。

2．参加体检者，检查当日须空腹。

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 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 |
| 心脏及血管管 |   |
| 呼吸系统 |   |
| 腹部器官（B超） | 肝 | 脾 | 其  他 |
|   |   |   |
| 神经及精神 |   |
| 妇科检查 | 滴      虫 |   |
| 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   |      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。

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。