附件：1

**新疆维吾尔自治区教师资格申请人员体检表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 年龄 |  | 性别 |  | 一寸照片 |
| 民 族 |  | 婚否 |  | 籍贯 |  |
| 现住所 |  | 联系方式 |  |
| 既往病史 |  |
| 眼科 | 裸眼视力 | 右： | 矫正视力 | 右：矫正度数 | 医师意见：签名： |
| 左： | 左：矫正度数 |
| 色觉检查 | 彩色图案及彩色数码检查：色觉检查图名称：单色识别能力检查：（色觉异常者查此项）红（ ） 黄（ ） 绿（ ） 蓝（ ） 紫（ ） |
| 眼 病 |   |
| 内科 | 血 压 | /mmHg | 心脏及血管 |  | 医师意见：签名： |
| 营养状况 |  | 神经系统 |  |
| 呼吸系统 |  |
| 腹部器官 | 肝 脾 肾 |
| 其 它 |  |
| 外科 | 皮 肤 |  | 面 部 |  | 关节 |  | 医师意见：签名： |
| 脊 柱 |  | 四 肢 |  |
| 颈 部 |  | 其 它 |  |
| 耳鼻喉 | 听 力 | 左耳 米 | 右耳 米 | 医师意见：签名： |
| 嗅 觉 |  |
| 耳鼻咽喉 |  |
| 口腔科 | 唇 腭 |  | 是否口吃 |  | 医师意见：签名： |
| 牙 齿 | （齿缺失 ） |
| 其 它 |  |
| 胸部透视 |  | 医师签名： |
| 化 验 | 肝功：  | 医师意见签名： |
| 心电图 |  | 医师意见签名： |
| 体检结论：主检医师签名： 年 月 日（医院盖章） |

**双面打印**

说明：1、“既往病史”一栏，申请人必须如实填写，如发现有隐瞒严重病史，不符合认定条件者，即使取得资格，一经发现取消教师资格。

2、主检医师作体检结论要填写合格、不合格、受限三种结论，并简单说明原因。

如出现不属于2021年上半年教师资格认定体检范围人员自行参加体检，后果本人自负。

本人签字：