附件1：

**贵州省申请认定教师资格体检表**

|  |
| --- |
|  编号： |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 婚否 |  | 民族 |  | 相片 |
| 文化程度 |  | 职业 |  | 申请教师资格类别 |  |
| 单位或住址 |  | 电话 |  |
| 既往病史 | 无 |
| 五官科 | 眼 | 裸眼视力 | 右 | 矫正视力 | 右 | 矫正度数 | 右 | 医师意见： |
| 左 | 左 | 左 |
| 辨 色 力 |  |
| 耳 | 听力 | 右 米 | 耳疾 |  | 医师意见： |
| 左 米 |
| 鼻 | 嗅觉 |  | 鼻疾 |  |
| 咽喉 |  | 语音 |  |
| 口腔 | 口腔唇腭 |  | 齿 |  | 医师意见： |
| 口吃 |  |
| 外科 | 身高 | 公分 | 胸 廓 |  | 医师意见： |
| 体重 | 公分 | 脊 柱 |  |
| 淋巴 |  | 甲状腺 |  |
| 四肢 |  | 关 节 |  |
| 面部 |  |  |
| 内科 | 营养状况 |  | 医师意见： |
| 血 压 |  /Kpa |
| 心脏及血管 |  |
| 腹部器官 |  | 肝 |  |
| 脾 |  |
| 神经及精神 |  |
| 其 它 |  |
| 胸部X线透视 |  | 医师意见： |
| 化验检查 | 肝功能（ALT、AST） |  |
| 体检医院结论 |   负责医师： 年 月 日（单位盖章） |
| 本表双面打印，体检须县级及以上公立医院有效。 |