附件2

**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 |  | 二寸正面免冠相片 |
| 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 |  |
| 外科 | 身长 |  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 |   负责医师：年 月 日（单位盖章） |

注：用A4纸双面打印