

附件 1

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			
		左		左		左				
	辨 色 力	眼 病			签 名					
	听 力	左 耳 米			右 耳 米			医 师 意 见		
	耳 疾	签 名								
	鼻	嗅 觉	鼻 及 鼻 窦			医 师 意 见				
	面 部	咽 喉			医 师 意 见					
	口 腔 唇 腭	齿			签 名					
其 他	医 师 签 名									
外 科	身 高	公 分		体 重	公 斤			医 师 意 见		
	淋 巴	脊 柱			医 师 意 见					
	四 肢	关 节			医 师 意 见					
	皮 肤	颈 部			医 师 意 见					
	其 他	签 名								

内科	血 压				医师意见
	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	滴 虫				签名
检查	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、精神病等病史。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。