

附件 2:

## 云南省申请教师资格认定人员体检表

|                  |         |      |     |    |      |      |                  |    |  |                  |
|------------------|---------|------|-----|----|------|------|------------------|----|--|------------------|
| 姓名               |         | 年龄   |     | 性别 |      | 婚 否  |                  | 民族 |  | 相<br>片           |
| 籍 贯              |         | 常住地址 |     |    |      | 联系电话 |                  |    |  |                  |
| 既往病史(本人<br>如实填写) |         |      |     |    |      |      |                  |    |  |                  |
| 五<br>官<br>科      | 裸 眼     | 右    | 矫 正 | 右  | 矫 正  | 右    | 医<br>生<br>意<br>见 |    |  |                  |
|                  | 视 力     | 左    | 视 力 | 左  | 度 数  | 左    |                  |    |  |                  |
|                  | 辨色力     |      |     |    | 眼 病  |      |                  |    |  |                  |
|                  | 听 力     | 左耳   | 米   | 右耳 | 米    |      |                  |    |  |                  |
|                  | 鼻       | 嗅 觉  |     |    | 鼻及鼻窦 |      |                  |    |  |                  |
|                  | 面 部     |      |     |    | 咽 喉  |      |                  |    |  |                  |
|                  | 口 腔 唇 腭 |      |     |    | 齿    |      |                  |    |  |                  |
|                  | 其 它     |      |     |    |      |      |                  |    |  |                  |
| 外<br>科           | 身 高     | 公分   |     |    | 体 重  | 公斤   |                  |    |  | 医<br>生<br>意<br>见 |
|                  | 淋 巴     |      |     |    | 脊 柱  |      |                  |    |  |                  |
|                  | 四 肢     |      |     |    | 关 节  |      |                  |    |  |                  |
|                  | 皮 肤     |      |     |    | 颈 部  |      |                  |    |  |                  |
|                  | 其 它     |      |     |    |      |      |                  |    |  |                  |

|                            |       |    |         |
|----------------------------|-------|----|---------|
| 内<br><br><br><br><br><br>科 | 营养状况  |    | 医师意见    |
|                            | 血 压   |    |         |
|                            | 心脏及血管 |    |         |
|                            | 呼吸系统  |    | 签名      |
|                            | 腹部器官  |    |         |
|                            | 神经及精神 |    |         |
|                            | 其 它   |    |         |
| 妇科检查                       |       | 签名 |         |
| 胸部透视                       |       | 签名 |         |
| 化验检查                       |       | 签名 |         |
| 体检结论                       |       |    | 负责医生签字： |
| 体检医院意见                     |       |    | 体检医院公章  |
|                            |       | 2  | 年 月 日   |