**附件2**

**山西省申请认定中小学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 | |  | | | |
| 身份证号码 | | |  | | | | | | | | | | |
| 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  签名 |
| 左 | | 左 | | | 左 | |
| 辨色力 | |  | | | | 眼病 | | |  | | | |
| 听 力 | | 左耳 米 | | | | | | 右耳 米 | | | | | 医师意见  签名 |
| 耳 疾 | |  | | | | | | | | | | |
| 鼻 | | 嗅觉 |  | | | 鼻及鼻窦 | | |  | | | | 医师意见  签名 |
| 面 部 | |  | | | | 咽喉 | | |  | | | |
| 口腔唇腭 | |  | | | | 齿 | | |  | | | |
| 其 他 | |  | | | | | | | | | | | 医师签名 |
| 外科 | 身 高 | | 公分 | | | | 体 重 | | | 公斤 | | | | 医师意见  签名 |
| 淋 巴 | |  | | | | 脊 柱 | | |  | | | |
| 四 肢 | |  | | | | 关 节 | | |  | | | |
| 皮 肤 | |  | | | | 颈 部 | | |  | | | |
| 其 他 | |  | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 内 科 | 血 压 | |  | | | | | 医师意见  签名 |
| 心脏及血管 | |  | | | | |
| 呼吸系统 | |  | | | | |
| 腹部器官  ( B超) | | 肝 | | 脾 | | 其他 |
|  | |  | |  |
| 神经及精神 | |  | | | | |
| 其 他 | |  | | | | |
| 妇科检查 | |  | | | | | | 医师签名 |
| 胸部透视 | |  | | | | | | 医师签名 |
| 化验检查  (附化验单) | | 肝功 | | 血糖 | | 其他 | | 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.既往病史指心脏病、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。