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 |  |
| 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 |  |
| 妇科检查 | 滴 虫 |  |
| 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.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。

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。