

云南省申请认定教师资格人员体检表

姓名		年龄		性别		婚否		民族		相片	
籍贯		常住地址				联系电话					
既往病史(本人如实填写)											
五官科	裸眼	右	矫正	右	矫正	右	医师意见				
	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						
	其他										签名
外科	身高	公分		体重	公斤						医师意见
	淋巴				脊柱						
	四肢				关节						
	皮肤				颈部						
	其它										签名

内科	营养状况		医师意见
	血 压		
	心脏及血管		
	呼吸系统		
	腹部器官		
	神经及精神		
	其 它		签名
妇科检查		签名	
胸部透视		签名	
化验检查		签名	
体检结论	负责医师签字:		
体检医院 意 见	体检医院公章 年 月 日		