附件1（双面打印表格）

云南省申请教师资格认定人员体检表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 年 龄 |   | 性 别 |  | 照片 |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | 婚 否 |  |
| 现住所 |  | 联 系电 话 |  |
| 既 往 病 史（本人如实填写） | 你是否患过下列疾病：患过√ 没有患过×。1.肝炎🞎 2.肺结核🞎 3.恶性肿瘤🞎 4.性传播性疾病🞎5.皮肤病🞎 6.精神神经疾病🞎 7.其他慢性病🞎 受检者确认签字捺印：  |
| 五 官 科 | 裸 眼视 力 | 左 | 矫 正视 力 | 左 | 矫 正度 数 | 左 | 医师意见和签名眼科耳鼻喉科口腔科 |
| 右 | 右 | 右 |
| 辨色力 |  | 眼病 |  |
| 听 力 | 左耳 米 | 右耳 米 | 其他 |  |
| 鼻 | 嗅觉 |  | 鼻及鼻窦 |  |
| 面 部 |  | 咽 喉 |  |
| 口腔唇腭 |  | 齿 |  |
| 其 他 |  |
| 内 科 | 血 压 | 毫米汞柱 | 心 率 | 次/分钟 | 医师意见签名 |
| 神经及精神 |  |
| 发育及营养状况 |  |
| 肺及呼吸道 |  |
| 心脏及心血管 |  |
| 腹部器官 | 肝 |  |
| 脾 |  |
| 其 他 |  |
| 外 科 | 身 高 |  厘米 | 体 重 |  千克 | 医师意见签名 |
| 淋 巴 |  | 脊 柱 |  |
| 四 肢 |  | 关 节 |  |
| 皮 肤 |  | 颈 部 |  |
| 其 他 |  |
| 妇科检查 |  | 医师签名 |
| 胸部透视 |  | 医师签名 |
| 化验检查 |  | 医师签名 |
| 体检结论 | 负责医师签名： 年 月 日 |
| 体检医院意 见 |    （体检医院盖章） 年 月 日 |
| 备 注 |  |

附件2（双面打印表格）

云南省幼儿园教师资格申请人员体检表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 年 龄 |   | 性 别 |  | 照片 |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | 婚 否 |  |
| 现住所 |  | 联 系电 话 |  |
| 既 往 病 史（本人如实填写） | 你是否患过下列疾病：患过√ 没有患过×。1.肝炎🞎 2.肺结核🞎 3.恶性肿瘤🞎 4.性传播性疾病🞎5.皮肤病🞎 6.精神神经疾病🞎 7.其他慢性病🞎 受检者确认签字捺印：  |
| 五 官 科 | 裸 眼视 力 | 左 | 矫 正视 力 | 左 | 矫 正度 数 | 左 | 医师意见和签名眼科耳鼻喉科口腔科 |
| 右 | 右 | 右 |
| 辨色力 |  | 眼病 |  |
| 听 力 | 左耳 米 | 右耳 米 | 其他 |  |
| 鼻 | 嗅觉 |  | 鼻及鼻窦 |  |
| 面 部 |  | 咽 喉 |  |
| 口腔唇腭 |  | 齿 |  |
| 其 他 |  |
| 内 科 | 血 压 | 毫米汞柱 | 心 率 | 次/分钟 | 医师意见签名 |
| 神经及精神 |  |
| 发育及营养状况 |  |
| 肺及呼吸道 |  |
| 心脏及心血管 |  |
| 腹部器官 | 肝 |  |
| 脾 |  |
| 其 他 |  |
| 外 科 | 身 高 |  厘米 | 体 重 |  千克 | 医师意见签名 |
| 淋 巴 |  | 脊 柱 |  |
| 四 肢 |  | 关 节 |  |
| 皮 肤 |  | 颈 部 |  |
| 其 他 |  |
| 胸部透视（胸片） | （注：对出现呼吸系统疑似症状者须进行胸片项目检查）  | 医师签名 |
| 妇科检查 | 滴 虫 |  | 医师签名 |
| 外阴阴道假丝酵母菌（念珠菌） |  |
| 化验检查 | 淋球菌 |  | 梅毒螺旋体 |  | 医师签名 |
| 其他项目 |  |
| 体检结论 | 负责医师签名： 年 月 日 |
| 体检医院意 见 |    （体检医院盖章） 年 月 日 |
| 备 注 |  |