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 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |