

附件 2

通化县小学、初中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)		1. 肝炎 2. 结核 3. 皮肤病 4. 性传播性疾病 5. 精神病 6. 其他(请注明) _____ 受检者确认签字: _____						
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	
		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	
	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						签名		

外科	身高	厘米	体重	千克	医师意见
	淋巴		脊柱		
	四肢		关节		
	皮肤		颈部		签名
	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	
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					

说明: 1.此表在体检前必须贴有本人照片(与网报上传照片为同一底版),体检须经县级以上医院检查有效。

2.此表须为 A4 纸格式正反面打印。