

序号：

附件 2

赤峰市教育局教师资格认定体检表

姓名		性别		年龄		婚否		民族		免冠 1 寸 照片	
地址						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				
		左		左		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						
外科	身高			体重			医师意见				
	淋巴			脊柱							
	四肢			关节							
	皮肤			颈部			签字				

内科	营养状况		医师意见
	血压		
	心脏		
	呼吸		
	腹部器官		
		神经及精神	
心电图			医师签字
胸部透视			医师签字
化验	肝功		医师签字
	血液		
	尿		
体检结论		负责医师签字	
检验医院意见		体检医院公章 年 月 日	

注：1、即往病史指心脏病、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、主检医师作体检结论要填写合格、不合格两种结论。如不合格应简单说明原因。

4、此表必须正反面打印。