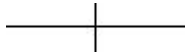


赤峰市申请认定教师资格人员体检表

旗县区_____

序号_____

姓名			性别		出生	年 月 日		民族		一寸照片
工作单位 或 住 址						从事 职业				
既往病史 (由本人如实 填写)		是否有传染病 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是否有精神病史 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 其他既往病史：_____（没有请填写无）								
眼 科	裸眼 视力	右	矫正 视力	右 矫正度数		检查者				医师意见
		左		左 矫正度数						
	色觉 检查	彩色图案及彩色数码检查： 色觉检查图名称：（ ） 单色识别能力检查：（色觉异常者检查此项） 红（ ）黄（ ）绿（ ）蓝（ ）紫（ ）					检查者			
	眼病						检查者			
耳 鼻 喉 科	听力	左耳_____米		右耳_____米		检查者			医师意见	
	嗅觉									
	耳鼻 咽喉									
口 腔 科	唇腭									医师意见
	牙齿	（齿缺失  ）								
	其他									

