

赤峰市申请认定小学、初中教师资格人员体检表

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	医生意见：			
		左		左		左				
	辨色力				眼病					
	听力	左耳			右耳					
	鼻	嗅觉			鼻及 鼻窦					
	面部				咽喉					
	口腔 唇腭				齿	签名：				
外科	身高				体重					
	淋巴				脊柱					
	四肢				关节					
	皮肤				颈部					

内科	营养状况		医生意见： 签名：
	血压		
	心脏及血管		
	呼吸系统		
	腹部器官		
	神经及精神		
心电图			签名：
胸部透视			签名：
化验	肝功		签名：
	血常规		签名：
	尿常规		签名：
体检结论		负责医生签名：	
检验医院 意见		检验医院公章 年 月 日	

- 注： 1、既往病史指心脏病、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。