

宁城县申请认定中小学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		二寸照片
工作单位 或 住 址						从事 职业				
既往病史 (由本人如实 填写)										
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									

