

宁城县申请认定幼儿园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	
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								

