

附件：

云南省申请教师资格认定人员体检表

| | | | | | | | | | | |
|------------------|------|------|----|----|------|------|------|----|------|--------|
| 姓名 | | 年龄 | | 性别 | | 婚否 | | 民族 | | 相 片 |
| 籍贯 | | 常住地址 | | | | 联系电话 | | | | |
| 既往病史(本人 如实填写) | | | | | | | | | | |
| 五官科 | 裸眼 | 右 | 矫正 | 右 | 矫正 | 右 | 医师意见 | | | |
| | 视力 | 左 | 视力 | 左 | 度数 | 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 | | | | | |
| | 其它 | | | | | | | | | |
| 外科 | 身高 | 公分 | | 体重 | 公斤 | | | | 医师意见 | |
| | 淋巴 | | | | 脊柱 | | | | | |
| | 四肢 | | | | 关节 | | | | | |
| | 皮肤 | | | | 颈部 | | | | | |
| | 其它 | | | | | | | | | |

| | | | |
|----------------------------|-------|----|---------|
| 内 科 | 营养状况 | | 医师意见 |
| | 血 压 | | |
| | 心脏及血管 | | |
| | 呼吸系统 | | 签名 |
| | 腹部器官 | | |
| | 神经及精神 | | |
| | 其 它 | | |
| 妇科检查 | | 签名 | |
| 胸部透视 | | 签名 | |
| 化验检查 | | 签名 | |
| 体检结论 | | | 负责医生签字： |
| 体检医院意见 | | | 体检医院公章 |
| | | 2 | 年 月 日 |