附件2

**呼和浩特市申请认定教师资格人员体检表**

 **二〇一九年春季 档案号：**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 性别 | 年龄 | 婚否 | 民族 | 免冠照片3×4cm |
| 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 | 医师意见签字 |
| 左 | 左 | 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 |
| 外科 | 身高 | 体重 | 医师意见签字 |
| 淋巴 | 脊柱 |
| 四肢 | 关节 |
| 皮肤 | 颈部 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 内科 | 营养状况 |  | 医师意见签字 |
| 血压 |  |
| 心脏 |  |
| 呼吸 |  |
| 腹部器官 |  |
| 神经及精神 |  |
| 心电图 |  | 医师签字 |
| 胸部透视 |  | 医师签字 |
| 化验 | 肝功 |  | 医师签字 |
| 血液 |  |
| 尿 |  |
| 体检结论 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　负责医师签字 |
| 检验医院意 见 | 体检医院公章年　　月　　日 |

注： 1、即往病史指心脏病、肝炎、哮喘、精神病、癫痫、结核、皮肤病、性传播性疾病等病史。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。