附件 2

山西省申请认定中小学教师资格人员体检表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |   | 年 龄 |   | 性别 |   | 婚否 |   | 民族 |   |    相   片 |
| 籍贯 |   | 现住所 |   | 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   签名 |
| 左 | 左 | 左 |
| 辨 色 力 |   | 眼病 |   |
| 听    力 | 左耳 | 米 | 右耳 | 米 | 医师意见签名 |
| 耳    疾 |   |
| 鼻 | 嗅觉 |   | 鼻及鼻窦 |   | 医师意见   签名 |
| 面    部 |   | 咽喉 |   |
| 口腔唇腭 |   | 齿 |   |
| 其    他 |   | 医师签名 |
| 外         科 | 身    高 | 公分 | 体    重 | 公斤 | 医师意见        签名 |
| 淋    巴 |   | 脊    柱 |   |
| 四     肢 |   | 关    节 |   |
| 皮    肤 |   | 颈    部 |   |
| 其    他 |   |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 内       科 | 血        压 |   | 医师意见           签名 |
| 心 脏 及 血 管 |   |
| 呼 吸 系 统 |   |
| 腹 部 器 官( B  超 ) | 肝 | 脾 | 其  他 |
|   |   |   |
| 神 经 及 精 神 |   |
| 其       他 |   |
| 妇科检查 |   | 医师签名 |
| 胸部透视 |   | 医师签名 |
| 化验检查(附化验单) | 肝功 | 血糖 | 其  他 | 医师签名 |
|   |   |   |
|     体检结论 |              负责医师签字: |
|     体检医院  意    见 |         体检医院公章年      月     日 |

说明：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。

参加体检者，检查当日须空腹。