附件1

科右前旗申请教师资格认定人员体检表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | | | | | 性 别 | |  | | 出生年月 | | |  | 照 片 |
| 民 族 | |  | | | 电 话 | | |  | | 身份  证号 | |  | | | |
| 婚 否 | |  | | | 籍 贯 | | |  | | | | | | | |
| 现住所及通讯处 | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 既往病史 | | | 心脏病、肾炎、肝炎、关节炎、哮喘、精神病、癫痫、肺结核、（ ） | | | | | | | | | | | | | |
| 以上由本人如实填写，学校及所在单位负责审核 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 五  官  科 | 眼 | | | 视力 | | 左 | | | | | | | 色盲 |  | | 医师意见：  签名： |
| 右 | | | | | | |
| 矫正视力 | | 左 | | | | | | | 其他眼病 |  | |
| 右 | | | | | | |
| 耳 | | | 听力 | | 左 | | | | | 耳疾 | |  | | | 医师意见：  签名： |
| 右 | | | | |
| 口鼻 | | | 嗅觉 | |  | | | 颜面部 | |  | | | | |
| 口吃 | |  | | | 咽喉 | |  | | | | |
| 唇颚 | |  | | | 门齿 | |  | | | | |
| 外  科 | 身 高 | | | 公分 | | | | | 体 重 | | 公斤 | | | | | 医师意见：  签名： |
| 淋 巴 | | |  | | | | | 甲状腺 | |  | | | | |
| 皮 肤 | | |  | | | | | 胸 廓 | |  | | | | |
| 四 肢 | | |  | | | | | 脊 柱 | |  | | | | |
| 关 节 | | |  | | | | | 外貌  异常 | |  | | | | |
| 皮 肤 | | |  | | | | | 其 他 | |  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 内  科 | 血 压 | 毫米汞柱 | | | 医师意见：  签名：  签名： |
| 心 率  （次）/分 |  | | |
| 发育及  营养状况 |  | | |
| 肺及呼吸道 |  | | |
| 心 脏 |  | | |
| 其 他 |  | | |
| 胸 片 | |  | | 医师签名： | |
| 化验检查  （另附化验单） | | 血常规 | 肝功（ALT AST ALP GGT） | 肾功（肌酐 尿酸 尿素） | |
| 结 论 | | 主检医师签名： | | | |
| 体 检 医 院  意 见 | | 体检医院公章  年 月 日 | | | |