

附件 1

云南省申请认定教师资格人员体检表

|              |      |      |    |      |     |      |      |    |      |    |
|--------------|------|------|----|------|-----|------|------|----|------|----|
| 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   |      |      |    |      |    |
|              | 其他   |      |    |      |     |      |      |    |      | 签名 |
| 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   |      |    |      |     |      |      |    |      | 签名 |

|             |                 |  |      |
|-------------|-----------------|--|------|
| 内科          | 营养状况            |  | 医师意见 |
|             | 血 压             |  |      |
|             | 心脏及血管           |  |      |
|             | 呼吸系统            |  |      |
|             | 腹部器官            |  |      |
|             | 神经及精神           |  |      |
|             | 其 它             |  | 签名   |
| 妇科检查        |                 |  | 签名   |
| 胸部透视        |                 |  | 签名   |
| 化验检查        |                 |  | 签名   |
| 体检结论        | 负责医师签字：         |  |      |
|             |                 |  |      |
| 体检医院<br>意 见 | 体检医院公章<br>年 月 日 |  |      |