附件2

通化县小学、初中教师资格申请人员体检表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **年 龄** |  | **性 别** |  | **照****片** |
| **民 族** |  | **籍 贯** |  | **婚 否** |  |
| **现住所** |  | **联 系****电 话** |  |
| **既 往 病 史****（本人如实填写）** | 1.肝炎 2.结核 3.皮肤病 4.性传播性疾病5.精神病 6.其他（请注明）  受检者确认签字：  |
| **五 官 科** | 裸 眼视 力 | 左 | 矫 正视 力 | 左 | 矫 正度 数 | 左 | 医师意见和签名眼科耳鼻喉科口腔科 |
| 右 | 右 | 右 |
| 辨色力 |  | 眼病 |  |
| 听 力 | 左耳 米 | 右耳 米 | 其他 |  |
| 鼻 | 嗅觉 |  | 鼻及鼻窦 |  |
| 面 部 |  | 咽 喉 |  |
| 口腔唇腭 |  | 齿 |  |
| 其 他 |  |
| **内 科** | 血 压 | 毫米汞柱 | 心 率 | 次/分钟 | 医师意见签名 |
| 神经及精神 |  |
| 发育及营养状况 |  |
| 肺及呼吸道 |  |
| 心脏及心血管 |  |
| 腹部器官 | 肝 |  |
| 脾 |  |
| 其 他 |  |
| **外 科** | 身 高 |  厘米 | 体 重 |  千克 | 医师意见签名 |
| 淋 巴 |  | 脊 柱 |  |
| 四 肢 |  | 关 节 |  |
| 皮 肤 |  | 颈 部 |  |
| 其 他 |  |
| **胸部透视****（胸片）** | （注：对出现呼吸系统疑似症状者须进行胸片项目检查）  | 医师签名 |
| **体检结论** | 负责医师签名： 年 月 日 |
| **体检医院****意 见** |   （体检医院盖章） 年 月 日 |
| **备 注** |  |

说明：1.此表在体检前必须贴有本人照片（与网报上传照片为同一底版），体检须经县级以上医院检查有效。

　 2.此表须为A4纸格式正反面打印。