**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 眼视 力 | 右 | 矫 正视 力 | 右 | 矫 正度 数 | 右 | 医师意见 |
| 左 | 左 | 左 |
| 辩色力 |  | 眼病 |  | 签名 |
| 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 |  |
| 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 |  |
| 其它 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 内科 | 营养状况 |  | 医师意见签名 |
| 血 压 |  |
| 心脏及血管 |  |
| 呼吸系统 |  |
| 腹部器官 |  |
| 神经及精神 |  |
| 其 它 |  |
| 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：  |
| 体检医院意 见 |  体检医院公章 年 月 日 |

**云南省申请认定教师资格人员体检表**

**（样表）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  姓名 | XXX | 年龄 | XX | 性别 | 男 | 婚否 | 否 | 民族 | 汉族 |  相片 |
| 籍贯 | 双柏县 | 常住地址 | 双柏县XX路XX号 | 联系电话 | 13XXXXXXXXX |
| 既往病史(本人如实填写) | (有则如实填写，没有填无) |
| 五官科 | 裸 眼视 力 | 右 | 矫 正视 力 | 右 | 矫 正度 数 | 右 | 医师意见 |
| 左 | 左 | 左 |
| 辩色力 |  | 眼病 |  | 签名 |
| 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 |  |
| 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 |  |
| 其它 |  |

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