

附件 2

新疆生产建设兵团教师资格申请人员体检表

姓名		年龄		性别		婚否		民族		一寸照片			
籍贯		工作单位				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 受检者确认签字: _____											
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							
	辨色力				眼病								
	听力	右耳		米	左耳						米		
	鼻	嗅觉				鼻及鼻窦							
	面部					咽喉							
	口腔唇腭					齿							
其它										签名:			
外科	身高	Cm		体重	Kg			医师意见:					
	淋巴												
	四肢												
	皮肤												
	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:	

心电图检查					签名:
胸部透视					签名:
化验检查	丙氨酸氨基转 移酶 (ALT)		其它		签名:
粘 贴 报 告 单					
体检 结论	负责医师签名:				
体检 医院 意见	体检医院公章 年 月 日				

说明: 1. “既往病史”一栏, 申请人必须如实填写, 如发现有隐瞒严重病史, 不符合认定条件者, 即使取得资格, 一经发现收回认定资格; 2. 本表适用于除幼儿园类别以外其他类别教师资格申请人员; 3. 体检结论要填写合格或不合格结论, 并简要说明原因。