附件2：周宁县中小学**教师资格申请人员体检表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |   | 出生年 月 |   | 性别 |   | 婚否 |   | 民族 |   | 相 片 |
| 籍贯 |   | 拟 聘 学 科 |    | 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 | 签名 |
| 左 | 左 | 左 |
| 辨色力 |   | 签名 |
| 听 力 | 左耳              米 | 右耳           米 | 医师意见：  签名 |
| 鼻 | 嗅觉 |   | 鼻及鼻窦 |   |
| 面 部 |   | 咽 喉 |   |
| 口 腔唇 腭 |   | 牙 齿 |   | 医师意见： 签名 |
| 是 否口 吃 |   | 发 音 是否 沙 哑 |   |
| 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 |   |
| 胸 部 透 视 |   | 签名 |

|  |
| --- |
| 粘   贴   报   告   单(抽血检查、心电图) |
| 体检结论 |       负责医师签名：              |
| 体检意见 |     体检医院公章          年    月   日     |

备注：本表请用Ａ4纸双面打印