

附件

宁夏回族自治区申请教师资格人员体检表

姓名		年龄		性别		婚否		民族		相片
籍贯		申请资格种类				联系电话				
既往病史（如有病史，请在项目前 <input type="checkbox"/> 内打√）										
请本人如实填写既往病史，如有隐瞒，由本人承担相应责任。 本人签字：		<input type="checkbox"/> 严重肠胃疾病 <input type="checkbox"/> 恶性肿瘤 <input type="checkbox"/> 癫痫 <input type="checkbox"/> 精神病 <input type="checkbox"/> 瘰疬症 <input type="checkbox"/> 晚期血吸虫病 <input type="checkbox"/> 红斑狼疮 <input type="checkbox"/> 心脏病 <input type="checkbox"/> 肺结核 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 类风湿性关节炎 <input type="checkbox"/> 淋病、梅毒、艾滋病等 <input type="checkbox"/> 其他病史：								
以上栏目由申请人填写										
五官科	裸眼视力	右		矫正视力	右		医师意见： 签名：			
		左			左					
	辨色力			眼病			医师意见： 签名：			
	听力	左耳 米		右耳 米						
	耳疾									
	鼻	嗅觉		鼻及鼻窦						
	面部			咽喉						
	口腔唇腭			齿						
其他										签名：
内科	血压			心脏及血管		医师意见： 签名：				
	呼吸系统			腹部器官						
	其他									
外科	淋巴			脊柱		医师意见： 签名：				
	四肢			关节						
	皮肤			颈部		医师意见： 签名：				
	其他									