附件3：

安徽省教师资格申请人员体检表

认定机构：＿＿＿市（县、区）教育局，申请资格种类及学科：＿＿＿＿＿，报名号：＿＿

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 年龄 |  | 性别 |  | 婚否 |  | 民族 |  | 相　片 |
| 籍贯 |  | 现住所 |  | 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 | 医师意见签名 |
| 左 | 左 | 左 |
| 辨色力 |  | 眼病 |  |
| 听力 | 左耳 米 | 右耳 米 |
| 鼻 | 嗅觉 |  | 鼻及鼻窦 |  |
| 面部 |  | 咽喉 |  |
| 口腔唇腭 |  | 齿 |  | 医师意见签名 |
| 其它 |  |
| 外科 | 身高 |  cm | 体重 |  kg |
| 淋巴 |  | 脊柱 |  |
| 四肢 |  | 关节 |  |
| 皮肤 |  | 颈部 |  |
| 其它 |  |

（粘贴检查单处）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |
| 其他 |  |
| 心　电　图 |  | 签名 |
| 实验室检查 | 血常规 |  | 签名 |
| 尿常规 |  | 签名 |
| 表抗＋转氨酶 |  | 签名 |
| 胸部透视 |  | 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 |

备注：此表用A4纸双面打印。