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。