

附件 2

山西省申请认定幼儿园教师资格人员体检表

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		本人签字:								
身份证号:					以上栏目由申请人填写					
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			签名			
	听力	左耳	米	右耳	米	医师意见				
	耳疾					签名				
	鼻	嗅觉		鼻及鼻窦			医师意见			
	面部			咽喉						
口腔唇腭			齿			签名				
其他						医师签名				
外科	身高	公分		体重	公斤		医师意见			
	淋巴			脊柱						
	四肢			关节						
	皮肤			颈部						
	其他						签名			

内科	血 压				医师意见
	心脏及血管				
	呼 吸 系 统				
	腹 部 器 官 (B 超)	肝	脾	其 他	
	神 经 及 精 神				
妇科	滴 虫				签名
检查	念 球 菌				医师签名
胸部透视					医师签名
化验检查 (附化验单)	肝功	血糖	淋球菌	梅毒螺旋体	医师签名
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				

说明: 1. 既往病史指心脏病、肝炎、哮喘、精神病、癫痫、结核、皮肤病、性传播性疾病等病史。本人应如实填写患病时间、治愈等情况, 否则后果自负。

2. 参加体检者, 检查当日须空腹。

3. 对出现呼吸系统疑似症状者增加胸片检查项目。