

云南省教师资格申请人员体格检查表

_____市_____县(区)

申请资格种类 _____

姓 名		性 别		年 龄		民 族		贴 相 片 处
籍 贯		身份证号码						
工作单位				职 业				
通讯地址				联系电话				
既往病史 (项目见 说明)	本人签名：							
(以上空白处由申请人如实填写)								
五 官 科	裸眼视力	右	矫正	右	矫正	右	医师意见：	
		左	视力	左	度数	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				
	其他							签名：
外 科	身高	厘米		体重		千克	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：
	营养状况							

	心脏及血管				签名:	
	呼吸系统					
	神经系统					
	腹部器官	肝				
		脾				
其他						
化验检查 (附化验单)	血常规		肝功五项 (谷草、谷丙转氨酶、 胆红素三项)		肾功三项	
	血糖		类风湿因子		尿常规	
	HIV					
仅限申请 幼儿教师 资格	淋球菌				医师意见:	
	梅毒螺旋体					
	妇科 检查	滴虫			签名:	
		念球菌				
胸部透视		医师签名:				
体检结论		主检医生签名: 年 月 日				
体检医院 意 见		体检医院 盖章 年 月 日				

说明: 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。