

延边州幼儿园教师资格申请人员体检表

姓名		年龄		性别		照 片	
民族		籍贯		婚否			
现住所				联系电话			
既往病史 (本人如实填写)		1. 肝炎 2. 结核 3. 皮肤病 4. 性传播性疾病 5. 精神病 6. 其他(请注明) _____ 受检者确认签字: _____					
五官科	裸眼视力	左	矫正视力	左	矫正度数	医师意见 和签名	
		右		右			
	辨色力			眼病			
	听力	左耳	米	右耳	米		其他
	鼻	嗅觉			鼻及鼻窦		
	面部			咽喉			
	口腔唇腭			齿			
其他							
内科	血压	毫米汞柱		心率	次/分钟		
	神经及精神						
	发育及营养状况						
	肺及呼吸道						
	心脏及心血管						
	腹部器官	肝					
		脾					
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
胸部透视 (胸片)	(注: 对出现呼吸系统疑似症状者须进行胸片项目检查)				医师签名
妇科检查	滴虫				医师签名
	外阴阴道假丝酵母菌 (念珠菌)				
化验检查	淋球菌		梅毒螺旋体		医师签名
	其他项目				
体检结论	负责医师签名: 年 月 日				
体检医院 意见	(体检医院盖章) 年 月 日				
备注					

填表说明: 此表在体检前必须贴有本人照片, 体检须经县级以上医院检查有效。
此表须用 A4 纸正反面打印, 单页打印使用无效。

延边州高级中学、中等职业学校、初级中学、小学 教师资格申请人员体检表

姓名		年龄		性别		照 片	
民族		籍贯		婚否			
现住所				联系电话			
既往病史 (本人如实填写)		1. 肝炎 2. 结核 3. 皮肤病 4. 性传播性疾病 5. 精神病 6. 其他(请注明) _____ 受检者确认签字: _____					
五官科	裸眼视力	左	矫正视力	左	矫正度数	医师意见和签名	
		右		右			
	辨色力			眼病		眼科	
	听力	左耳	米	右耳	米	其他	
	鼻	嗅觉			鼻及鼻窦		耳鼻喉科
	面部			咽喉			
	口腔唇腭			齿			口腔科
其他							
内科	血压	毫米汞柱		心率	次/分钟		医师意见
	神经及精神						
	发育及营养状况						
	肺及呼吸道						
	心脏及心血管						
	腹部器官	肝					签名
		脾					
其他							

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
胸部透视 (胸片)	医师意见： (注：对出现呼吸系统疑似症状者须进行胸片项目检查)				医师签名
体检结论	负责医师签名： 年 月 日				
体检医院 意见	(体检医院盖章) 年 月 日				
备注					

填表说明：此表在体检前必须贴有本人照片，体检须经县级以上医院检查有效。
此表须用 A4 纸正反面打印，单页打印使用无效。