

## 附件 2

### 山西省申请认定中小学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：								
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			签名					
	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				
	其 他				签名
妇科检查				医师签名	
胸部透视				医师签名	
化验检查 (附化验单)	肝功	血糖	其 他	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.即往病史指心脏病、肝炎、哮喘、精神病、癫痫、结核、皮肤病、性传播性疾病、精神病等病史。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。