

附件 1

## 晋城市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<br>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<br>视 力 | 右                          | 矫 正<br>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                          |            |         |         |     |  |        |
| 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<br>( 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<br>(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<br><br>意 见 | 体检医院公章<br><br>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。