应城市2024年中小学校教师招聘体检表

附件2

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生日期 | 年 月 日 | 贴照片处 |
| 文化程度 |  | 民族 |  | 职业 |  |
| 婚否 |  | 籍贯 | 省 市 县 |
| 既往病史 |  |
| 现住址 |  | （骑缝章） |
| （以上由本人如实填写） |
| 五官科 | 眼 | 裸眼视力 | 右 | 矫正 视力 | 右 | 医师意见签字：  年 月 日 |
| 左 | 左 |
| 其它眼病 |  | 色觉 检查 | 彩色图案 及编码 |
| 单颜色识别：红、绿、紫、兰、黄 |
| 耳 | 听 力 | 右 米 | 耳疾 | 　 |
| 左 米 |
| 鼻 | 嗅觉 | 　 | 鼻及鼻窦疾病 | 　 |
| 颜面部 | 　 | 咽喉 | 　 |
| 口腔 | 唇腭 | 门齿 | 　 | 口吃 |  |
| 其它 | 　 |
| 外科 | 身高 | cm | 体重 | kg | 皮肤 | 　 | 医师意见签字： 年 月 日 |
| 淋巴 | 　 | 甲状腺 | 　 | 脊柱 | 　 |
| 四肢 | 　 | 平跖足 | 　 |
| 关节 | 　 |
| 其它 | 　 |
| 内科 | 血压 | mmHg | 脉搏 | 次/分 | 　医师意见签字： 年 月 日 |
| 发育及营养状况 | 　 |
| 神经及 精神 | 　 |
| 肺及 呼吸道 | 　 |
| 心 脏 及血管 | 　 |
| 腹部器官 | 肝 | 　 |
| 腹 | 　 |
| 其它 | 　 |
| 胸部放射 线检查 | 　 | 医师意见签字： 年 月 日 |
| 化验检查 | 附化验单据 |  |
| 检查结论 |  （盖章）  | 负责医师签字： 年 月 日 |
| 备注 |  | 　 |

注：此表自己填写内容，正反打印