

附件 2

新疆维吾尔自治区教师资格申请人员体检表（中小学）

姓 名		年 龄		性 别		一寸 照片
民 族		婚 否		籍 贯		
现住所				联系方式		
既往病史	1. 肝炎 2. 结核 3. 皮肤病 4. 性传播性疾病 5. 精神病 6. 其他 受检者确认签字：_____					
眼 科	裸 眼 视 力	右：	矫正 视力	右：矫正度数		医师意见：
		左：		左：矫正度数		
	色 觉 检 查	彩色图案及彩色数码检查： 色觉检查图名称： 单色识别能力检查：（色觉异常者查此项） 红（ ） 黄（ ） 绿（ ） 蓝（ ） 紫（ ）				
眼 病						
内 科	血 压	/mmHg	心脏及血管			医师意见：
	营养状况		神经系统			
	呼吸系 统					签名：
	腹部器 官	肝	脾	肾		
其 它						
外 科	皮 肤		面 部		关 节	医师意见：
	脊 柱		四 肢			
	颈 部		其 它			签名：
耳 鼻 喉	听 力	左 米	耳	右 米	耳	医师意见：
	嗅 觉					签名：
	耳鼻咽喉					
口 腔 科	唇 腭				是否	医师意见：
	牙 齿	(齿缺失 _____)			口吃	
	其 它					签名：
胸部透视					医师签名：	
化 验	肝功：				医师意见签名：	
心电图					医师意见签名：	
体检结论：						
主检医师签名： 年 月 日（医院盖章）						

说明：1、“既往病史”一栏，申请人必须如实填写，如发现有隐瞒严重病史，不符合认定条件者，即使取得资格，一经发现取消教师资格。

2、主检医师作体检结论要填写合格、不合格、受限三种结论，并简单说明原因。