**附件1广西壮族自治区申请认定教师资格人员体检表**

                                                       编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 婚否 |  | 民族 |  | 小2寸正面免冠相片 |
| 文化程度 |  | 职业   |  | 申请教师资格种类 |  |
| 单位或住址 |  | 电话 |  |
|  既往病史 |  |
| 五  官  科 | 眼 | 视力 | 右 | 矫正视力 | 右 | 辨色力 |  | 医师： |
| 左 | 左 |
| 其    他 |  |
| 耳 | 听力 | 右           公尺 | 耳疾 |  | 医师： |
| 左           公尺 |
| 鼻 | 嗅觉 |  | 鼻疾 |  |
| 咽喉 |  | 语言 |  |
| 口腔 | 唇腭 |  | 齿   |  | 医师： |
| 口吃 |  |
| 外  科 | 身长 |      公分 | 胸廓 |  | 医师： |
| 体重 |      公斤 | 脊柱 |  |
| 淋巴 |  | 甲状腺 |  |
| 四肢 |  | 关节 |  |
| 面部 |  |
| 内   科 | 血压 |                                    /kpn | 医师： |
| 肺及呼吸道 |  |
| 心血管 |  |
| 腹部器官 |  | 肝 |  |
| 脾 |  |
| 神经及精  神 |  |
|  胸部X线透视  |  | 医师：    |
| 化验检查 | 肝功能（ALT、AST） |  |
| 体检医院结论 |   负责医师： 年  月  日（单位盖章）  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**注：用A4纸双面打印**