

附件 3

呼和浩特市教育局教师资格认定体检表

姓名			性 别		年 龄			婚 否		民 族			免冠 1寸 照片	
地址									联系 电话					
身份证 号 码														
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							
	听 力		左耳		米		右耳		米					
	鼻		嗅 觉				鼻 及 鼻 窦							
	面 部						咽 喉							
口 腔 唇 腭						齿				签 字				
外 科	身 高					体 重					医 师 意 见			
	淋 巴					脊 柱								
	四 肢					关 节								
	皮 肤					颈 部					签 字			

内 科	营养状况		医师意见 签字
	血压		
	心脏		
	呼吸		
	腹部器官		
	神经及精神		
心电图			医师签字
胸部透视			医师签字
化 验	肝功		医师签字
	血液		
	尿		
体检结论		负责医师签字	
检验医院			
意 见		体检医院公章	
年 月 日			

- 注：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、主检医师作体检结论要填写合格、不合格两种结论。如不合格应简单说明原因。
- 4、此表必须正反面打印。