

附件 2

辽宁省申请教师资格人员体检表

小学□ 初中□ 高中□ 中职□ 实习指导□ 确认点：

姓名		年龄		性别		婚否		民族		相片
身份证号码										
籍贯		现住所		联系电话						
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		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								

姓名		身份证号码																		
上栏由申请人填写																				
内科	血 压											医师意见								
	心脏及血管																			
	呼吸系统																			
	腹部器官 (B超)	肝					脾					其 他								
	神 经 及 精 神											签名								
其 他																				
妇科检查											医师签名									
胸部透视											医师签名									
化验检查 (附化验单)	肝功					血糖					其 他					医师签名				
体检结论	负责医师签字:																			
体检医院	体检医院公章																			
意 见																				
年 月 日																				

说明：1.在对应申请教师资格种类后方框内划“√”，确认点处填写所选认定机构名称。
2.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。
3.参加体检者，检查当日须空腹；对出现呼吸系统疑似症状者增加胸片检查项目。