

附件 1

新疆维吾尔自治区中小学教师资格申请人员体检表

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： 左：	矫正 视力	右：矫正度数 左：矫正度数	医师意见：		
	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（ ）				签名：	
	眼 病					医师意见：	
内 科	血 压	/mmHg	心脏及血管				医师意见：
	营养状况		神经系统				签名：
	呼吸系统						
	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				签名：
	颈 部		其 它				
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	签名：		
	其 它						
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： <div style="text-align: right; margin-right: 50px;"> 主检医师签名： _____ 年 月 日（医院盖章） </div>							

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。