

附件

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		二寸正面 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	<p style="text-align: right;">负责医师：</p> <p style="text-align: right;">年 月 日 (单位盖章)</p>				

注：用 A4 纸双面打印