

附件 3

云南省申请认定教师资格人员体检表

姓名		年 龄		性 别		婚 否		民 族		相片
籍贯		常住地址				联系电话				
既往病史(本人如实填写)										
五官科	裸眼	右	矫正	右	矫正	右	医师意见			
	视力	左	视力	左	度数	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					
	其他									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					
	其它									签名

内科	营养状况		医师意见
	血 压		
	心脏及血管		
	呼吸系统		
	腹部器官		
	神经及精神		
	其 它		签名
妇科检查			签名
胸部透视			签名
化验检查			签名
体检结论	负责医师签字：		
体检医院 意 见	体检医院公章 年 月 日		