

附件 2

新疆维吾尔自治区教师资格申请人员体检表

姓 名		年 龄		性 别		一寸 白底照片	
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						
内 科	血 压	/mmHg	心脏及血管	医师意见：			
	营养状况		神经系统				
	呼吸系统						
	腹部器官	肝	脾	肾	签名：		
外 科	皮 肤		面 部	关 节	医师意见：		
	脊 柱		四 肢				
	颈 部		其 它	签名：			
耳 鼻 喉	听 力	左 米	耳	右 米	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			
	其 它					签名：	
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：		
<p>体检结论：</p> <p style="text-align: right;">主检医师签名： 年 月 日（医院盖章）</p>							

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。