

附件 4

山西省申请认定中小学教师资格人员体检表

姓名		年 龄		性 别		婚 否		民 族		相 片
籍贯		现住所				联系电话				
身份证号码										
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		

内科	血 压				医师意见
	心脏及血管				
	呼 吸 系 统				
	腹 部 器 官	肝	脾	其 他	
	(B 超)				
	神 经 及 精 神				
	其 他				签名
妇科检查				医师签名	
胸部透视				医师签名	
化验检查	肝功	血糖	其 他	医师签名	
(附化验单)					
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				

说明： 1.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。

2. 参加体检者，检查当日须空腹。