

附件 1

山西省申请认定高校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					
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 (B 超)	肝	脾	其 他	
	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 (附化验单)	肝功	血糖	其 他	医师签名	
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				

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、精神病等病史。本人应如实填写患病时间、治愈等情况，否则后果自负。

2. 体检表所有项目申请人均须检查（怀孕可不做胸部透但要附怀孕化验单）；

3. 主检医师作体检结论要填写合格、不合格两种结论；

4. 参加体检者，检查当日须空腹；

5. 相片处加盖主管此项工作部门公章；

6. 体检表正反打印。