

附件 2

云南省申请认定教师资格人员体检表

姓名		身份证号		性别		婚否		相片
民族		现住地址		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		
承 诺	本人承诺：所提交该体检表相关内容真实有效，无隐瞒、伪造、篡改；如有虚假，愿承担相应法律责任。  承诺人（签字）：_____ 日期：_____		