

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		照 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	医师意见				
	口腔唇腭				齿	签名				
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	签名
	神经及精神				
其 他					
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（怀孕可不做胸透但要附怀孕化验单）；
3. 妇科体检项目需医院写明体检结论并签字，未婚人员不体检需注明；
4. 主检医师作体检结论要填写合格、不合格两种结论；
5. 参加体检者，检查当日须空腹；
6. 相片处加盖主管此项工作部门公章；
7. 体检表正反打印。