附件三：

**云南省申请教师资格认定人员体检表（双面打印）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 年龄 |  | 性别 |  | 婚否 |  | 民族 |  | 相片 |
| 籍贯 |  | 常住地址 |  | 联系电话 |  |
| 既往病史(本人如实填写) |  |
| 五官科 | 裸眼视力 | 右 | 矫正视力 | 右 | 矫正度数 | 右 | 医师意见签名 |
| 左 | 左 | 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 |  |
| 其它 |  |
| 外科 | 身高 | 公分 | 体重 | 公斤 | 医师意见签名 |
| 淋巴 |  | 脊柱 |  |
| 四肢 |  | 关节 |  |
| 皮肤 |  | 颈部 |  |
| 其它 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 内科 | 营养状况 |  | 医师意见签名 |
| 血压 |  |
| 心脏及血管 |  |
| 呼吸系统 |  |
| 腹部器官 |  |
| 神经及精神 |  |
| 其它 |  |
| 妇科检查 |  | 签名 |
| 胸部透视 |  | 签名 |
| 化验检查 |  | 签名 |
| 体检结论 | 负责医生签字： |
| 体检医院意见 | 体检医院公章年月日 |