附件四

**贵州省申请认定教师资格人员体检表**

（中小学 ）

编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 婚否 |  | 民族 |  | 一寸正面免冠相片 |
| 文化程度 |  | 职业 |  | 申请教师资格类别 |  |
| 单位或住址 |  | 电话 |  |
| 既往病史 | 1. 肝炎 2.结核 3.皮肤病 4.性传播性疾病 5.精神病

6.其他： 受检者确认签字：  |
| 五官科 | 眼 | 视力 | 右 | 矫正视力 | 右 | 矫正度数 | 右左 | 医师意见： |
| 左 | 左 |
| 辨 色 力 |  |
| 耳 | 听力 | 右 米 | 耳疾 |  | 医师意见： |
| 左 米 |
| 鼻 | 嗅觉 |  | 鼻疾 |  |
| 咽喉 |  | 语音 |  |
| 口腔 | 口腔唇腭 |  | 齿 |  | 医师意见： |
| 口吃 |  |  |
| 外科 | 身高 | 公分 | 胸 廓 |  | 医师意见： |
| 体重 | 公斤 | 脊 柱 |  |
| 淋巴 |  | 甲状腺 |  |
| 四肢 |  | 关 节 |  |
| 面部 |  |
| 内 科 | 营养状况 |  | 医师意见： |
| 血 压 |   **/Kpa** |
| 心脏及血管 |  |
| 腹部器官 |  | 肝 |  |
| 脾 |  |
| 神经及精神 |  |
| 其它 |  |
| 胸部X线透视 |  | 医师意见： |
| 化 验检 查 | 肝功能 （ALT、AST） |  |
| 体检医院结论 | 负责医师： 年 月 日（单位盖章） |

**贵州省申请认定教师资格人员体检表**

（幼儿园）

 编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 婚否 |  | 民族 |  | 一寸正面免冠相片 |
| 文化程度 |  | 职业 |  | 申请教师资格类别 |  |
| 单位或住址 |  | 电话 |  |
| 既往病史 | 1. 肝炎 2.结核 3.皮肤病 4.性传播性疾病 5.精神病

6.其他： 受检者确认签字：  |
| 五官科 | 眼 | 视力 | 右 | 矫正视力 | 右 | 矫正度数 | 右左 | 医师意见： |
| 左 | 左 |
| 辨 色 力 |  |
| 耳 | 听力 | 右 米 | 耳疾 |  | 医师意见： |
| 左 米 |
| 鼻 | 嗅觉 |  | 鼻疾 |  |
| 咽喉 |  | 语音 |  |
| 口腔 | 口腔唇腭 |  | 齿 |  | 医师意见： |
| 口吃 |  |  |
| 外科 | 身高 | 公分 | 胸 廓 |  | 医师意见： |
| 体重 | 公斤 | 脊 柱 |  |
| 淋巴 |  | 甲状腺 |  |
| 四肢 |  | 关 节 |  |
| 面部 |  |
| 内 科 | 营养状况 |  | 医师意见： |
| 血 压 |   **/Kpa** |
| 心脏及血管 |  |
| 腹部器官 |  | 肝 |  |
| 脾 |  |
| 神经及精神 |  |
| 其它 |  |
| 胸部X线透视 |  | 医师意见： |
| 化 验检 查 | 丙氨酸氨基转移酶(ALT、AST) |  | 淋球菌 |  |
| 滴虫(妇检) |  | 梅毒螺旋体 |  |
| 外阴阴道假丝酵母菌（念珠菌）(妇检) |  | 其他 |  |
| 体检医院结论 | 负责医师： 年 月 日（单位盖章） |