

广西壮族自治区申请认定教师资格人员体检表

编号：

姓 名		性 别		年 龄		婚 否		民 族		二寸正面 免冠相片
文化程度		职 业				申请教师 资格种类				
单位 或住址				电 话						
既往病史										
五 官 科	眼	视 力	右	矫正 视力	右	辨 色 力		医师：		
			左		左					
		其 他								
	耳	听 力	右 公 尺		耳 疾			医师：		
			左 公 尺							
	鼻	嗅 觉			鼻 疾					
	咽 喉				语 言					
	口 腔	唇 腭			齿					
		口 吃								
	外 科	身 长	公 分			胸 廓			医师：	
体 重		公 斤			脊 柱					
淋 巴					甲 状 腺					
四 肢					关 节					
面 部										

内科	血压				医师：
	肺及呼吸道				
	心血管				
	腹部器官		肝		
			脾		
	神经及精神				
胸部 X 线透视					医师：
化验检查	肝功能（ALT、AST）				
体检医院结论	<div>负责医师：</div> <div>年 月 日（单位盖章）</div>				

注：用 A4 纸双面打印