

附件 2:

## 云南省申请教师资格认定人员体检表

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	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 它										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		签名
	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		