

附件 1

辽宁省申请教师资格人员体检表

| | | | | | | | | | | |
|-------------|---------|----------------------------|------------|---------|----------------------------|---------|---------|---------|--|--------|
| 姓名 | | 年 龄 | | 性 别 | | 婚 否 | | 民 族 | | 相 片 |
| 身份证号 | | | | | | | | | | |
| 籍贯 | | 现住所 | | | | 联系电话 | | | | |
| 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 | | | | 签 名 | | |
| | 口 腔 唇 腭 | | | 齿 | | | | | | |
| 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 | |
| | | | | | |
| | 神经及精神 | | | | |
| | 其 他 | | | | 签名 |
| 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。
- 2.参加体检者，检查当日须空腹。
- 3.对出现呼吸系统疑似症状者增加胸片检查项目。