

# 附件 1

## 新疆生产建设兵团教师资格申请人员体检表

姓名		年龄		性别		婚否		民族		1 寸照片  贴好后加盖 所在学院学办公章				
籍贯		工作单位				联系电话								
既往病史 (本人如实填写)		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	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	右耳	米	左耳	米									
	鼻	嗅觉				鼻及鼻窦								
	面部					咽喉								
	口腔唇腭					齿								
其它														
外科	身高	Cm		体重	Kg		医师意见:  签名:							
	淋巴													
	四肢													
	皮肤													
	其它													
内科	营养状况													
	血压													
	心脏及血管													
	呼吸系统													
	腹部器官													
	神经及精神													
其它														

心电图检查					签名:
胸部透视					签名:
化验检查	丙氨酸氨基转 移酶 (ALT)		其它		签名:
粘 贴 报 告 单					
体检结论	负责医师签名:				
体检医院意见	体检医院公章 年 月 日				

说明: 1. “既往病史”一栏, 申请人必须如实填写, 如发现有隐瞒严重病史, 不符合认定条件者, 即使取得资格, 一经发现收回认定资格; 2. 本表适用于除幼儿园类别以外其他类别教师资格申请人员; 3. 体检结论要填写合格或不合格结论, 并简要说明原因。