

## 附件 2

# 山西省申请认定幼儿园教师资格人员体检表

|             |         |       |            |     |            |         |         |         |  |        |
|-------------|---------|-------|------------|-----|------------|---------|---------|---------|--|--------|
| 姓名          |         | 年 龄   |            | 性 别 |            | 婚 否     |         | 民 族     |  | 相<br>片 |
| 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<br>官<br>科 | 裸 眼 视 力 | 右     | 矫 正<br>视 力 | 右   | 矫 正<br>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     |            |     | 签 名        |         |         |         |  |        |
| 其 他         | 医 师 签 名 |       |            |     |            |         |         |         |  |        |
| 外<br>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 |
|                 | 心脏及血管管              |    |     |       |      |
|                 | 呼 吸 系 统             |    |     |       |      |
|                 | 腹 部 器 官<br>( B 超 )  | 肝  | 脾   | 其 他   |      |
|                 | 神 经 及 精 神           |    |     |       |      |
| 妇科              | 滴 虫                 |    |     |       | 签名   |
| 检查              | 念 球 菌               |    |     |       | 医师签名 |
| 胸部透视            |                     |    |     |       | 医师签名 |
| 化验检查<br>(附化验单)  | 肝功                  | 血糖 | 淋球菌 | 梅毒螺旋体 | 医师签名 |
|                 |                     |    |     |       |      |
| 体检结论            | 负责医师签字:             |    |     |       |      |
| 体检医院<br><br>意 见 | 体检医院公章<br><br>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、精神病等病史。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。