

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	负责医师： 年 月 日（单位盖章）				

注：用 A4 纸双面打印