附3

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 贵州省申请认定教师资格体检表(幼儿园） | | | | | | | | | | | | | |
| 身份证号： 报名号： | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 | |  | | 性别 |  | | 年龄 |  | 婚否 |  | 民族 |  | 一寸照片 |
| 文化程度 | |  | | 职业 |  | | | 申请教师资格类别 | |  | | |
| 单位或住址 | |  | | | | | | | 电话 |  | | |
| 既往病史 | | 1. 肝炎 2.结核 3.皮肤病 4.性传播疾病 5.精神病 6.其他   受检者确认签字： | | | | | | | | | | |
| 五官科 | 眼 | 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 | | | |  | | | | | | |
| 耳 | 听力 | | 右 米 | | 耳疾 | |  | | | | | 医师意见： |
| 左 米 | |
| 鼻 | 嗅觉 | |  | | 鼻疾 | |  | | | | |
| 咽喉 |  | | | | 语音 | |  | | | | |
| 口腔 | 口腔唇腭 | |  | | 齿 | |  | | | | | 医师意见： |
| 口吃 | |  | |
| 外科 | 身高 | 公分 | | | | 胸 廓 | | |  | | | | 医师意见： |
| 体重 | 公分 | | | | 脊 柱 | | |  | | | |
| 淋巴 |  | | | | 甲状腺 | | |  | | | |
| 四肢 |  | | | | 关 节 | | |  | | | |
| 面部 |  | | | |  | | | | | | |
| 内    科 | | 营养状况 | | |  | | | | | | | | 医师意见： |
| 血 压 | | | /Kpa | | | | | | | |
| 心脏及血管 | | |  | | | | | | | |
| 腹部器官 | | |  | | | 肝 | |  | | |
| 脾 | |  | | |
| 神经及精神 | | |  | | | | | | | |
| 其 他 | | |  | | | | | | | |
| 胸部X  线透视 | |  | | | | | | | | | | | 医师意见： |
| 化  验  检  查 | | 肝功能（ALT、AST） | | | | | |  | | | | | |
| 淋球菌 | | | | | |  | | | | | |
| 梅毒螺旋体 | | | | | |  | | | | | |
| 滴虫 | | | | | |  | | | | | |
| 外阴阴道假私酵母菌  （念珠菌） | | | | | |  | | | | | |
| 体  检  医  院  结  论 | | 负责医师：  年 月 日（单位盖章） | | | | | | | | | | | |

注：此表双面打印。