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。