

附件 4:

## 贵州省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		一寸正面 免冠相片			
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. 性传播性疾病 5. 精神病 6. 其他: _____ 受检者确认签字: _____												
科 五官	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	公斤		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					
其它						
胸部 X 线透视				医师意见:		
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)		