

附件 2

云南省申请认定教师资格人员体检表

姓名	身份证号		性别	婚否	相片		
民族	现住地址	联系电话					
既往病史(本人如实填写)							
五官科	裸眼	右	矫正	右	矫正	右	医师意见
	视力	左	视力	左	度数	左	
	辨色力			眼病			
	听力	左耳	米	右耳	米		
	鼻	嗅觉		鼻及鼻窦			
	面部			咽喉			
	口腔唇腭			齿			
	其他						
							签名
外科	身高	公分		体重	公斤		医师意见
	淋巴			脊柱			
	四肢			关节			
	皮肤			颈部			
	其它						
							签名

内科	营养状况		医师意见
	血 压		
	心脏及血管		
	呼吸系统		
	腹部器官		
	神经及精神		
	其 它		签名
妇科检查		签名	
胸部透视		签名	
化验检查		签名	
体检结论	负责医师签字：		
体检医院 意 见	体检医院公章 年 月 日		
承 诺	<p>本人承诺：所提交该体检表相关内容真实有效，无隐瞒、伪造、篡改；如有虚假，愿承担相应法律责任。</p> <p style="text-align: right;">承诺人（签字）： _____ 日期： _____</p>		

说明：申请认定幼儿园教师资格人员，需检查梅毒螺旋体、淋球菌、滴虫、外阴阴道假丝酵母菌（念球菌）项目（未婚不做妇检）。