

附件 1

新疆生产建设兵团教师资格申请人员体检表

姓名		年龄		性别		婚否		民族		1 吋照片 贴好后加盖 所在学院学办公章
籍贯		工作单位				联系电话				
既往病史 (本人如实填写)		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: _____								
五官科	裸眼 视力	右		矫正 视力	右		矫正 度数	右		医师意见: 签名:
		左			左			左		
	辨色力				眼病					
	听力	右耳			米	左耳			米	
	鼻	嗅觉					鼻及鼻窦			
	面部						咽喉			
	口腔唇腭						齿			
	其它									
外科	身高	Cm			体重	Kg				医师意见: 签名:
	淋巴									
	四肢									
	皮肤									
	其它									
内科	营养状况									医师意见: 签名:
	血压									
	心脏及血管									
	呼吸系统									
	腹部器官									
	神经及精神									
	其它									

心电图检查					签名：
胸部透视					签名：
化验 检查	丙氨酸氨基转 移酶（ALT）		其 它		签名：
粘 贴 报 告 单					
体检 结论	负责医师签名：				
体检 医院 意见	体检医院公章 年 月 日				

说明：1.“既往病史”一栏，申请人必须如实填写，如发现有隐瞒严重病史，不符合认定条件者，即使取得资格，一经发现收回认定资格；2.本表适用于除幼儿园类别以外其他类别教师资格申请人员；3.体检结论要填写合格或不合格结论，并简要说明原因。