

附件三：

贵州省高等学校申请教师资格体检表

| | | | | | | | | | | | | |
|-------|----|----------|-----|--------|----------|--------|----|--------------|---|--------|-------|--------------|
| 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 | | 受检者签字： | | | | | | | | | | |
| 五官科 | 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 | | | | | | | | | | | |
| | 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 | | | | | 颈 部 | | | | | | | |
| 四肢 | | | | | 关 节 | | | | | | | |

| | | | | | | |
|------------------|---|--|----|--|-------|------|
| | 面部 | | 皮肤 | | | |
| 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 | | | | 医师意见： | |
| | 其它 | | | | | |
| 体检 医院 结论 | <div>负责医师：</div> <div>年 月 日（单位盖章）</div> | | | | | |

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，一经发现撤销认定资格。

2. 主检医师作体检结论要填写合格、不合格两种结论，并简单说明原因。

3. A4 纸张正反双面打印。