

## 附件 2

# 新疆维吾尔自治区教师资格申请人员体检表

|                                      |            |                                                                                                             |                                                         |    |            |                              |    |                                  |                        |
|--------------------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|----|------------|------------------------------|----|----------------------------------|------------------------|
| 姓 名                                  |            |                                                                                                             | 年 龄                                                     |    |            | 性 别                          |    |                                  | <div>一寸<br/>白底照片</div> |
| 民 族                                  |            |                                                                                                             | 婚 否                                                     |    |            | 籍 贯                          |    |                                  |                        |
| 现住所                                  |            |                                                                                                             |                                                         |    |            | 联系方式                         |    |                                  |                        |
| 既往病史                                 |            | 1. 肝炎    2. 结核    3. 皮肤病    4. 性传播性疾病<br>5. 精神病    6. 其他      受检者确认签字：_____                                 |                                                         |    |            |                              |    |                                  |                        |
| 眼<br><br><br>科                       | 裸眼视力       | 右：                                                                                                          |                                                         | 矫正 | 右：矫正度数     |                              |    | 医师意见：<br><br><br><br><br><br>签名： |                        |
|                                      |            | 左：                                                                                                          |                                                         | 视力 | 左：矫正度数     |                              |    |                                  |                        |
|                                      | 色觉检查       | 彩色图案及彩色数码检查：<br>色觉检查图名称：<br>单色识别能力检查：（色觉异常者查此项）<br>红（     ）    黄（     ）    绿（     ）    蓝（     ）    紫（     ） |                                                         |    |            |                              |    |                                  |                        |
|                                      |            | 眼        病                                                                                                  |                                                         |    |            |                              |    |                                  |                        |
| 内<br><br><br>科                       | 血        压 |                                                                                                             | /mmHg                                                   |    | 心脏及血管      |                              |    | 医师意见：<br><br><br><br><br>签名：     |                        |
|                                      | 营养状况       |                                                                                                             |                                                         |    | 神经系统       |                              |    |                                  |                        |
|                                      | 呼吸系统       |                                                                                                             |                                                         |    |            |                              |    |                                  |                        |
|                                      | 腹部器官       |                                                                                                             | 肝                          脾                          肾 |    |            |                              |    |                                  |                        |
|                                      | 其        它 |                                                                                                             |                                                         |    |            |                              |    |                                  |                        |
| 外<br><br>科                           | 皮        肤 |                                                                                                             |                                                         |    | 面        部 |                              |    | 医师意见：<br><br><br>签名：             |                        |
|                                      | 脊        柱 |                                                                                                             |                                                         |    | 四        肢 |                              |    |                                  |                        |
|                                      | 颈        部 |                                                                                                             |                                                         |    | 其        它 |                              |    |                                  |                        |
| 耳<br>鼻<br>喉                          | 听        力 |                                                                                                             | 左                          耳                            |    |            | 右                          耳 |    |                                  | 医师意见：<br><br>签名：       |
|                                      | 嗅        觉 |                                                                                                             |                                                         |    |            |                              |    |                                  |                        |
|                                      | 耳鼻咽喉       |                                                                                                             |                                                         |    |            |                              |    |                                  |                        |
| 口<br>腔<br>科                          | 唇        腭 |                                                                                                             |                                                         |    |            |                              | 是否 | 医师意见：<br><br>签名：                 |                        |
|                                      | 牙        齿 |                                                                                                             | ( 齿缺失 _____ )                                           |    |            |                              | 口吃 |                                  |                        |
|                                      | 其        它 |                                                                                                             |                                                         |    |            |                              |    |                                  |                        |
| 胸部透视                                 |            |                                                                                                             |                                                         |    |            |                              |    | 医师签名：                            |                        |
| 化        验                           |            | 肝功：                                                                                                         |                                                         |    |            |                              |    | 医师意见签名：                          |                        |
| 心电图                                  |            |                                                                                                             |                                                         |    |            |                              |    | 医师意见签名：                          |                        |
| 体检结论：                                |            |                                                                                                             |                                                         |    |            |                              |    |                                  |                        |
| 主检医师签名：<br>年        月        日（医院盖章） |            |                                                                                                             |                                                         |    |            |                              |    |                                  |                        |

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，一经发现取消教师资格。

2、主检医师作体检结论要填写合格、不合格、受限三种结论，并简单说明原因。