长春市教师资格认定体检表

第 号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出 生年 月 |  | 民族 |  | 职业 |  | 一寸正面免冠彩色照片 |
| 单位 |  | 现住所 |  |
| 既往病史 |  |
| 以上所列各项由申请人本人填写 |
| 外科 | 身 高 | 厘米 | 体重 | 公斤 | 胸 围 | 厘米 |
| 淋 巴 |  | 皮 肤 |  |
| 脊 柱 |  | 四 肢 |  |
| 甲状腺 |  | 泌 尿生殖器 |  |
| 其 他 |  |
| 医 生意 见 | 签字： |
| 内科 | 血 压 | 毫米汞柱 | 脉 搏 | 每分钟 |
| 心脏血管系统 |  | 肺 呼吸 道 |  |
| 精神及神 经 |  | 腹 腔脏 器 |  |
| 其 他 |  |
| 医 生意 见 | 签字： |
| 胸部透视 医生签字： | 心电医生签字： |

注：此表须正反面打印

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 五官科 | 眼 | 视力 | 右 |  | 矫正视力 | 右 |  | 眼疾 | 右 |  | 色觉 |  |
| 左 |  | 左 |  | 左 |  |
| 耳 | 听力 | 右 | 公尺 | 耳疾 |  |
| 左 | 公尺 |
| 鼻 | 嗅觉 |  | 鼻疾 |  |
| 咽喉 |  | 口吃 |  | 其他 |  |
| 医生意见 | 签字： |
| B超 |  医生签字： |
| 化验检查 | 丙氨酸氨基转移酶(ALT) |  医生签字： |
| 血常规 |  医生签字： |
| 尿常规 |  医生签字： |
| 主检医师结论签名：年 月 日 | 体检医疗单位意见（盖章）年 月 日 |
| 复审结论 签名： 年 月 日 |