附件2

安徽省教师资格申请人员体检表（幼儿园）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |   | 年龄 |   | 性别 |   | 婚否 |   | 民族 |   | 相片 |
| 籍贯 |   | 身份证号 |   | 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 | 左耳米 | 右耳米 |
| 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 |   | 脊柱 |   |
| 四肢 |   | 关节 |   |
| 皮肤 |   | 颈部 |   |
| 其它 |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

（粘贴检查单处）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |   | 签名： |
| 妇科检查 | 滴虫 |   |  签名： |
| 外阴阴道假丝酵母菌（念球菌） |   |
| 实验室检查 | 血常规 |   | 签名： |
| 尿常规 |   | 签名： |
| 转氨酶 |   | 签名： |
| 淋球菌 |   | 签名： |
| 梅毒螺旋体 |   | 签名： |
| 胸部透视 |   | 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 |
|  |  |  |  |  |  |

说明：负责医师作体检结论要填写“合格”、“不合格“两种结论，并说明原因。