**附件2**

**广西壮族自治区申请认定教师资格人员体检表**

编号：　　　　　　　　　　　　　　　 　中国教师资格网上的报名号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 婚否 |  | 民族 |  | 正面免冠彩色白底相片 |
| 文化程度 |  | 职业　 |  | 申请教师资格种类 |  |
| 单位或住址 |  | 电话 |  |
| 既往病史 |  |
| 五官科 | 眼 | 视力 | 右 | 矫正视力 | 右 | 辨色力 |  | 医师： |
| 左 | 左 |
| 其　　　　他 |  |
| 耳 | 听力 | 右　　　　　　　　　　　公尺 | 耳疾 |  | 医师： |
| 左　　　　　　　　　　　公尺 |
| 鼻 | 嗅觉 |  | 鼻疾 |  |
| 咽喉 |  | 语言 |  |
| 口腔 | 唇腭 |  | 齿 |  | 医师： |
| 口吃 |  |
| 外科 | 身长 | 公分 | 胸廓 |  | 医师： |
| 体重 | 公斤 | 脊柱 |  |
| 淋巴 |  | 甲状腺 |  |
| 四肢 |  | 关节 |  |
| 面部 |  |
| 内科 | 血压 | ／kpn | 医师： |
| 肺及呼吸道 |  |
| 心血管 |  |
| 腹部器官 |  | 肝 |  |
| 脾 |  |
| 神经及精　　神 |  |
| 胸部X线透视 |  | 医师： |
| 化验检查 | 肝功能（ALT、AST） |  |
| 体检医院结论 | 负责医师：年　　　月　　　日（单位盖章） |

注：用A4纸双面打印，在贴相片处贴的相片，须加盖体检医院体检专用章，不加盖体检医院体检专用章者无效。