

附件 2

通化县小学、初中教师资格申请人员体检表

姓名		性别		出生年月		民族		文化程度		免冠正面照片	
身份证号						现在住所					
既往病史											
外科	身高	厘米		体重	公斤		脊柱				
	胸围	厘米					皮肤			四肢	
	淋巴						其他				
	备注						医生意见	医生签字:			
内科	血压	毫米汞柱					脉搏	(每分钟)			
	心脏血管系统						肺呼吸道				
	腹腔脏器						精神神经				
	其他						医生意见	医生签字:			
五官	眼	视力	右		矫正视力	右		眼疾		医生意见	医生签字:
			左			左					
	耳	听力	右		鼻疾	右		咽喉		医生意见	医生签字:
			左			左					
放射线						医生意见	医生签字:				
检验	肝功能	AST: U/L		r-GT: U/L		心电图		医生意见	医生签字:		
		ALT: U/L		血常规:							
				尿常规:							
主检医师结论:						体检单位意见:					
签字:						(盖章)					
年 月 日						年 月 日					