

## 通化市教师资格认定体检表

姓名		性别		出生年月		民族		职业		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					
	精神及神经				腹腔脏器					
	其他									
	医生意见	签字:								
胸部透视					心电					
医生签字:					医生签字:					

注：此表须 A4 纸正反面打印

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				
科	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						体检医疗单位意见						
<p style="text-align: center;">签名：</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p>						<p style="text-align: center;">(盖章)</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p>						
复审结论 (初审体检无问题, 此项不用填写。) <p style="text-align: right;">签名：</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>												