

附件 2：
云南省申请教师资格认定人员体检表

姓 名		年 龄		性 别		婚 否		民 族		相 片
籍 贯		常住地址				联系电话				
既往病史(本人 如实填写)										
五 官 科	裸 眼	右	矫 正	右	矫 正	右	医师意见			
	视 力	左	视 力	左	度 数	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									签名
外 科	身 高	公分			体 重	公斤			医师意见	
	淋 巴				脊 柱					
	四 肢				关 节					
	皮 肤				颈 部					
	其 它									签名

内科	营养状况		医师意见
	血 压		
	心脏及血管		
	呼吸系统		
	腹部器官		
	神经及精神		
	其 它		签名
妇科检查			签名
胸部透视			签名
化验检查			签名
体检结论	负责医生签字：		
体检医院意见	体检医院公章 年 月 日		