

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： |     |          |       |  |  |  |
|              |           | 左    |      | 左      |      | 左      |       |     |          |       |  |  |  |
|              | 辨色力       |      |      |        | 眼病   |        |       |     |          |       |  |  |  |
|              | 听力        | 左耳 米 |      |        | 右耳 米 |        |       | 签名： |          |       |  |  |  |
|              | 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： |  |  |  |
|              | 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:<br><br><br><br><br><br>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<br>(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<br>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。