

报名序号：_____

身份证号：_____

附件 4

河南省教师资格申请人员体检表

(幼儿园专用)

| | | | | | | | | | | | |
|-----------------|------|----|------|--|-----|------|--|----|--|----|----|
| 姓名 | | 年龄 | | 性别 | | 婚否 | | 民族 | | 相片 | |
| 单位 | | | | | | 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 受检者签字：_____ | | | | | | | |
| 五官科 | 裸眼视力 | 右 | 矫正视力 | 右 | 辨色力 | 签名 | | | | | |
| | | 左 | | 左 | | | | | | | |
| | 听力 | 左耳 | 米 | 右耳 | 米 | | | | | | |
| | 鼻 | 嗅觉 | | 鼻及鼻窦 | | | | | | | |
| | 面部 | | | | 咽喉 | | | | | | |
| | 口腔唇腭 | | | | 齿 | | | | | | |
| 其他 | | | | | | | | | | 签名 | |
| 外科 | 身高 | 公分 | | | 体重 | 公斤 | | | | | |
| | 淋巴 | | | | 脊柱 | | | | | | |
| | 四肢 | | | | 关节 | | | | | | |
| | 皮肤 | | | | 颈部 | | | | | | |
| | 其他 | | | | | | | | | | 签名 |
| 心电图 | | | | | | | | | | 签名 | |
| 胸部透视 | | | | | | | | | | 签名 | |
| 肝、胆、脾、胰、肾 B超 | | | | | | | | | | 签名 | |

| | | | | | |
|----------------|------------------------|------|-----|--|-----------------|
| 内科 | 发育情况 | | | | 签名 |
| | 血压 | mmHg | | | |
| | 心脏及血管 | | | | |
| | 呼吸系统 | | | | |
| | 神经及精神 | | | | |
| | 腹部器官 | | | | |
| | 其他 | | | | |
| 化验检查 (附化验单) | 肝功能 | | 淋球菌 | | 签名 |
| | 梅毒螺旋体 | | 滴虫 | | |
| | 外阴阴道假 丝酵母菌 (念球菌) | | 其他 | | |
| 体检结论 | | | | | 主检医师签字: |
| 体检医院意见 | | | | | 体检医院盖章 年 月 日 |
| 备注 | | | | | |

- 说明:**
1. 体检前必须贴有本人 1 寸彩色近照;
 2. 体检表中个人基本资料如实填写齐全;
 3. 体检当日早晨须空腹 (禁食、禁水);
 4. 本表须 A4 规格纸张正反双面下载。