附件1

**广西壮族自治区申请认定教师资格人员体检表**

  　　 编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓  名 |   | 性别 |   | 年龄 |   | 婚否 |   | 民族 |   | 二寸正面免冠相片 |
| 文化程度 |   | 职业 |   | 申请教师资格种类 |   |
| 单位或住址 |   | 电话 |   |
|  既往病史 |   |
| 五  官  科 | 眼 | 视力 | 右 | 矫正视力 | 右 | 辨色力 |   | 医师： |
| 左 | 左 |
| 其   他 |   |
| 耳 | 听力 | 右 公尺 | 耳疾 |   | 医师： |
| 左 公尺 |
| 鼻 | 嗅觉 |   | 鼻疾 |   |
| 咽喉 |   | 语言 |   |
| 口腔 | 唇腭 |   | 齿 |   | 医师： |
| 口吃 |   |
| 外  科 | 身长 | 公分 | 胸廓 |   | 医师： |
| 体重 | 公斤 | 脊柱 |   |
| 淋巴 |   | 甲状腺 |   |
| 四肢 |   | 关节 |   |
| 面部 |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |