

2020 年金安区特岗教师体检表

学段：

学科：

姓名		年龄		性别		婚否		民族		二寸照片	
籍贯		现住所				联系电话					
既往病史(本人如实填写)											
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						
	鼻	嗅觉		鼻及鼻窦							
	面部				咽喉						
	口腔唇腭				齿						
	其它										
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 签名:
	血 压		
	心脏及血管		
	呼吸系统		
	腹部器官		
	神经及精神		
	其 他		
心 电 图			签名:
实验室检查	血 常 规		签名:
	尿 常 规		签名:
	表抗+专氨酶		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 年 月 日	