附件1 浙江省申请教师资格人员体格检查表

（2010年12月修订）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 身份证号码 | | | |  | |  |  |  |  | |  | | |  | |  |  | | |  | |  |  | | | |  | |  | | |  | |  |  |  | | 一寸照片 |
| 姓 名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | 主检医师意见：  签名： | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 性别 | | |  | 出生年月 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 既往病史 | | | 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： | | | | | | | | | | | | | | | |
| 眼科 | 裸眼视力 | | | 右： | | | | | | 矫正视力 | | | | | 右：矫正度数 | | | | | | | | | | | | | | | 检查者 | | | | | | | 医师意见：  签名： | |
| 左： | | | | | | 左：矫正度数 | | | | | | | | | | | | | | |
| 色觉检查 | | | | 彩色图案及彩色数码检查：  色觉检查图名称：  单色识别能力检查：（色觉异常者查此项）  红（ ）黄（ ）绿（ ）蓝（ ）紫（ ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 检查者 | | | | | | |
| 眼病 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 内科 | 血压 | | | | / kpa | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 检查者 | | | | | | | | | | | 医师意见：  签名： | |
| 发育情况 | | | |  | | | | | | | | | | | | | 心脏及血管 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 呼吸系统 | | | |  | | | | | | | | | | | | | 神经系统 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 腹部器官 | | | | 肝 脾 肾 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 其它 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 外科 | 身高 | | | | 厘米 | | | | | | | | 体重 | | | | | 千克 | | | | | | | | | | 颈部 | | | | |  | | | | 医师意见：  签名： | |
| 皮肤 | | | |  | | | | | | | | 面部 | | | | |  | | | | | | | | | | 关节 | | | | |  | | | |
| 脊柱 | | | |  | | | | | | | | 四肢 | | | | |  | | | | | | | | | | 检查者 | | | | | | | | |
| 其它 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 耳鼻喉 | 听力 | | | | 左耳 米 | | | | | | | 右耳 米 | | | | | | | | | 检查者 | | | | | | |  | | | | | | | | | 医师意见：  签名： | |
| 嗅觉 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | 检查者 | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 耳鼻咽喉 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口腔科 | 唇腭 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 是否口吃 | | | | | |  | | | | | | 医师意见：  签名： | |
| 牙齿 | | | | （齿缺失——————+——————） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 其它 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 胸部透视 医师签名： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 肝脏功能 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 体检结论 | | | 主检医师签名：  年 月 日（医院盖章） | | | | | | | | | | | | | | |
| 主检医师意见：  签名： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

说明：1.“既往病史”一栏，申请人必须如实填写，如发现有隐瞒严重病史，不符合认定条件者，即使取得资格，一经发现收回认定资格。

2. 主检医师作体检结论要填写合格、不合格两种结论，并简单说明原因。

附件2

**2024年上半年教师资格认定健康体检须知**

（嘉兴市教育局直接受理认定人员适用）

欢迎您来我院健康体检！为了做好本次体检工作，并能准确反映您身体的真实状况，现将体检有关事项向您告知如下：

1. 体检日期：

2024年5月25日—2024年6月19日（节假日与周日除外）。

二、体检时间：上午7：30---10：30；抽血时间7：30—9：30。

三、体检项目：内科、外科、五官科、眼科、口腔科、血常规、测血压、尿常规、肝肾功能（根据浙教办师[2010]30号文件精神，取消乙肝项目（表面抗原）检测）。血糖、胸正位DR片、彩超（肝、胆）、心电图。（“申请认定教师资格的人员，在认定体检时，经认定机构指定医院医生现场确认已怀孕的，可以免做胸透检查。申请人自带怀孕证明的，不予认可。备孕和哺乳期的人员一律不免检胸透。”）

四、体检地点：

嘉兴市中环南路1882号----嘉兴大桥西侧。嘉兴市第一医院门诊部3楼A区东侧健康管理中心。

五、体检流程：

1.持申请人身份证和体检表（贴好照片）在健康管理中心导检台交费（按招工2套餐收费），领取条形码。

2.按体检项目在相应科室做体检。

3.凭餐券在体检中心餐厅领取早餐一份。

4.体检结束后请将体检表交到导检工作人员处，体检结果报告无需自取，请提醒前台统一寄至市教育局。

六、注意事项：

1.体检表既往病史一栏受检者必须确认签字。

2.为了保证您血液生化检查的准确性，请您于体检前一天进清淡饮食，不吃高糖高脂等饮食，注意休息，勿熬夜，不饮酒，避免剧烈运动。晚九时后禁食。

3.需校正视力者请自备眼镜。

4.女同志妊娠期不宜做胸透检查。女同志例假，请暂缓尿液检查。例假结束后3-5天补检。

5.本次为定额体检，如需进一步检查或复检，请另行付款。

嘉兴市第一医院健康管理中心

2024年4月12日

体检中心电话：82519688或82519686

公交线路：85、92路至医院北大门；18路至医院南大门。

附件3

**嘉兴市各认定机构联系咨询电话及体检医院**

**（**高中、中职及中职实习指导教师资格**）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 认定机构 | 联系电话 | 认定资格种类 | 体检医院 |
| 嘉兴市教育局 | 83831932 | 高中、中职及中职实习指导教师资格 | 嘉兴市第一医院 |
| 嘉善县服务点 | 89102548  84273223 | 高中、中职及中职实习指导教师资格（服务点） | 嘉善县第一人民医院 |
| 平湖市服务点 | 85236021  85236887 | 高中、中职及中职实习指导教师资格（服务点） | 平湖市第一人民医院 |
| 海盐县服务点 | 86121857 | 高中、中职及中职实习指导教师资格（服务点） | 海盐县人民医院 |
| 海宁市服务点 | 87010626 | 高中、中职及中职实习指导教师资格（服务点） | 海宁市中医院 |
| 桐乡市服务点 | 88021571  88115379 | 高中、中职及中职实习指导教师资格（服务点） | 桐乡市中医院 |