附件1湖南省教师资格认定体检表

                                            第      号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓    名 | |  | | | 性别 | |  | | | 婚否 | |  | | | | | | 民族 | | |  | | 半身  脱帽  正面  相片 | | |
| 出生年月 | |  | | | 身份证号 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 最高学历 | |  | | | 工作单位 | |  | | | | | 户籍所在地 | | | | | |  | | | | |
| 现住所及  通讯地址 | |  | | | | | | | | | | 申请资格种类 | | | | | |  | | | | |
| 既往病史  （须明确标明肝炎、结核、皮肤病、性传播疾病、精神病、其他，并受检者确认签字） | | | | | | | | | | 受检者签名： | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家族病史 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 五      官      科 | 眼 | 视力 | | | 右 | | 矫正视力 | | | | 右 | | | | | | | | 辨色力 | |  | | 医师意见：                            签字： | | |
| 左 | | 左 | | | | | | | |
| 砂眼 | | | 右 | | 其他  眼疾 | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 左 | |
| 耳 | 听力 | | | 右　  　公尺 | | 耳疾 | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 左　　  公尺 | |
| 鼻 | 嗅觉 | | |  | | 鼻及鼻窦疾病 | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 咽喉 |  | | | | | 唇腭 | | | |  | 口吃 | | | | | | | | |  | |
| 齿 |  | | 龋齿 | |  | | | | 缺齿 | | | | | |  | 齿槽脓漏 | | | | | | |  |  |
| 其他 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| 外        科 | 身高 | | cm | | | | | 胸围 | | cm | | 皮肤 | | | | | | | | | |  | 医师意见：                签字： | | |
| 体重 | | kg | | | | | 呼吸差 | | cm | |
| 淋巴 | |  | | | | | 甲状腺 | |  | | 脊柱 | | | | | | | | | |  |
| 四肢 | |  | | | | | 关节 | |  | | 平嗻足 | | | | | | | | | |  |
| 泌尿生殖器 | |  | | | | | | | | | 肛门 | | | | | | | | | |  |
| 疝 | |  | | | | | | | 其他 | |  | | | | | | | | | | |
| 内科 | 血压 | | 毫米汞柱 | | | | | | | | | | | 脉搏 | | | | | |  | | | 医师意见：                    签字： | | |
| 发育及营养状况 | |  | | | | | | | | | | | | 神经及精神 | | | | |  | | |
| 肺及呼吸道 | |  | | | | | | | | | | | | 心脏及血管 | | | | |  | | |
| 腹部器官 | |  | | | | 肝 | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 脾 | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 其他 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 认定幼儿园教师资格人员必填 | | | 淋球菌 | | | | | |  | | | | 滴虫 | | | | | | | | | |  | | |
| 梅毒螺旋体 | | | | | |  | | | | 外阴阴道假丝酵母菌（念球菌） | | | | | | | | | |  | | |
| 化验检查 | | | 贴肝功能化验单      　　　　　　　　　　　　　　化验员（签章）： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 胸部爱克斯线  透　　视 | | | 医师（签章）： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 其他检查 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 检查结论 | | | 认定学科建议：不宜认定体检标准中第二部分  第□□，□□，□□，□□，□□条所列相关学科。    体检结论：（1.合格，2.学科受限，3.不合格）    负责医师（签章）： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 体检医院盖章                年    月    日 | | |

说明：

1.体检在相应的教师资格认定机构指定的县级以上医院进行，并必须包括传染病和精神病史等项目。高等学校教师资格认定体检由拟聘任教学校统一组织在市州以上医院进行。

2.体检标准参照《普通高等学校招生体检工作指导意见》（教学〔2003〕3号）和《教育部办公厅、卫生部办公厅关于普通高等学校招生学生入学身体检查取消乙肝项目检测有关问题的通知》（教学厅〔2010〕2号）的有关规定执行。

3.承担体检的医院应当根据上述标准，对被检人员做出合格、学科受限或不合格的结论。

附件2**邵阳市教育局高级中学（中等职业学校）教师资格认定体检须知**

**一、体检地点、体检时间：**

邵阳学院附属第二医院预防保健科（2号楼7楼）：5月4日-6月30日（周一至周六上午8:00--10:00）

邵阳市疾病预防控制中心二楼健康监护科：5月4日-6月30日（周一至周五上午8:00--9:30）

**二、体检项目及咨询电话：可以提前一天下午打电话预约**

体检项目：病史采集、身高、体重、血压，内科，外科，五官科，口腔科，血生化（肝功能两项；空腹采血），心电图，胸部正位片（X线；孕妇禁做）；费用按照医院级别及物价标准收取。

体检预约及咨询电话:

邵阳学院附属第二医院：0739-5317589

邵阳市疾病预防控制中心：0739-5329523

**三、体检前须知：**

1.携带身份证及一寸照片前来体检。严禁受检者弄虚作假，冒名顶替，如隐瞒病史，导致影响体检结果的，后果自负。

2.体检前3天应注意休息，忌过度劳累，剧烈运动，保证充足睡眠；忌高脂肪、高蛋白饮食，忌大量饮酒、咖啡；避免使用对肝功能影响的药物；已服药物，应向医师说明。

3.体检前1天晚上禁吃宵夜；体检当日早晨请空腹（不吃早餐不喝水），抽血项目必须空腹进行。

4.体检当日着装宽松，易于暴露体检部位，女士不宜化妆、穿连衣裙、连裤袜等。

5.怀孕者禁止做X光胸正位片检查，须在产后进行补检。

6.做X线检查时，请穿棉布内衣，勿穿带有金属纽扣的衣服、文胸，不宜戴项链、玉佩等；请摘去手机、钢笔、钥匙等金属物品，以免造成检查误差。

7.请配合医生认真检查所有项目，勿漏检，所有检查项目不能弃检，否则视为自动放弃本次教师资格认定。体检结束后，请核查体检信息无误无缺项，将体检表填写完整签字后交至前台。

8.体检结果将由医院统一密封送往教育局，无需个人领取。

9.异常结果需要复查或进一步检查的情况会电话通知体检者本人，请保持电话畅通。