附件1：

日照市2022年中小学教师资格认定体检

通 知

根据《教师资格条例》、《<教师资格条例>实施办法》、《山东省实施<教师资格条例>细则》要求“在指定的医院进行体格检查”的规定，申请教师资格的人员应参加体格检查。

体检时间：2022年3月28日—4月11日

教师资格申请人要在规定时间内，持本人身份证、《山东省申请教师资格人员体格检查表》空白表格（粘贴本人近期免冠1寸照片），自行到指定医院进行体检。体检完毕后，由体检医院在《山东省申请教师资格人员体格检查表》上完整填写体检结论并盖章确认。**《山东省申请教师资格人员体格检查表》由申请教师资格人员自行领取保存，**与其它申请材料一并通过山东政务服务网日照站点上传到认定机构。

市内申请人在指定医院进行体检，市外申请人可以到当地县级以上具有教师资格认定体检资质的医院进行体检并出具查体表（体检项目须与公告体检表一致）。体检结果只在本次教师资格认定工作中有效。

教师资格认定体检按照《山东省教师资格认定体检标准及操作规程》、教育部教师资格认定指导中心《关于调整申请认定幼儿园教师资格人员体检标准的通知》和《人力资源和社会保障部 教育部 卫生部关于进一步规范入学和就业体检项目维护乙肝表面抗原携带者入学和就业权利的通知》执行。教师资格认定机构对体检表进行审查，如发现缺漏项目及结论不确切、不清楚情况，可要求申请人进行补查。

日照市指定体检医院、地址及联系电话如下（申请人可在以下任意医院体检合格后，参加我市本批次教师资格认定）：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 体检医院 | 医院地址 | 联系电话 |
| 日照市人民医院 | 日照市泰安路126号，日照市人民医院3号楼南楼一楼健康体检部 | 0633-3365512  0633-3365268  0633-3367118 |
| 日照市中医医院 | 日照市望海路35号，日照市中医医院2号楼2楼西侧 | 0633-8290020  0633-8290880 |
| 日照市中加国际健康管理中心 | 日照市山东路和青岛路交叉路口，日照奥林匹克水上运动公园内 | 0633-8313311  0633-3681828 |
| 日照市中心医院  （东港区人民医院） | 日照市望海路66号 | 0633-7963025 |
| 岚山区人民医院 | 岚山区岚山中路566号岚山区医院2号楼住院部7楼健康管理科 | 0633-7706022、0633-7706021 |
| 莒县人民医院 | 莒县浮来中路100号 | 0633-7888889 |
| 五莲县妇幼保健计划生育服务中心 | 五莲县滨河路108号 | 0633-2259008  0633-2259032 |

提示：请申请认定人员到我市指定的医院进行体检，在体检前一天晚上22:00后不再饮水、进食，保证休息，体检当天早晨空腹参加体检。

山东省申请教师资格人员体格检查表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 编 号 | |  | | |  | | |  | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | |  | | | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | 一寸照片 | |
| 姓 名 | |  | | | | | | | | | | | | | 手机号 | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 身份证号 | |  |  | | |  |  | | |  | | |  | |  | | | | |  | |  | | |  | | | |  | | |  | |  | |  | | |  | | |  |  | | |  |
| 既往病史 | | 肝炎 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 主检医师意见：  签名： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 结核 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 皮肤病 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 性传播性疾病 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 精神病 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 本人签名： | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 其他 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 胸透 | 胸部透视 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 医师意见： | | | | | | | | | | | | 签名： | |
| 若胸透异常，则进行胸片检查 | | | | | | | | | | | | | | | 检查结果: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 医师意见： | | | | | | | | | | | | 签名： | |
| 肝功 | 肝脏功能 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 医师意见： | | | | | | | | | | | | 签名： | |
| 若转氨酶异常，需进一步明确诊断 | | | | | | | | | | | | | | | | 检查结果： | | | | | | | | | | | | | | | | | | 医师意见： | | | | | | | | | | | | 签名： | |
| 生殖科（仅限申请幼儿园教师资格认定人员） | | 淋球菌 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 主检医师意见：  签名： | |
| 梅毒螺旋体 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 妇科 | | 滴虫 | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 外阴阴道假丝酵母菌 | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 体检  结论 | | 主检医师签名：  年 月 日（医院盖章） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**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，并简要说明原因。