附件一：

****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。

****浙江省申请幼儿园教师资格人员体格检查表****

（2010年12月制定）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 化验检查 | 丙氨酸氨基转移酶(ALT) | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | 滴虫 | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | 检查者 |
| 淋球菌 | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | 梅毒螺旋体 | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| 外阴阴道假丝酵母菌（念珠菌） | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | 其他 | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| 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。滴虫、外阴阴道假丝酵母菌指妇科检查项目。

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。

附件二：

****2021年上半年教师资格认定健康体检须知****

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：

一、体检日期：

1.第一批次：2021年4月19日—2021年4月30日（每周一、三、五）

2.第二批次：2021年7月5日—2021年7月16日（每周一、三、五）

二、体检时间：上午8：00---10：30；抽血时间8：00--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。申请幼儿园教师资格人员体检增加妇科等项目。

四、体检地点：

嘉兴市彩虹街（与勤俭路交叉口），嘉兴市第二医院（南大门外再向南50米，二院康复中心二楼）体检中心。

五、体检流程：

1、持申请人身份证和体检表（贴好照片）并带好口罩。在体检中心导检台交费230.41元/人，领取条形码。（申请幼儿园教师资格人员体检交费331.41元/人）

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。

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、女同志妊娠期一般不宜做胸透检查,建议待产后参加体检并完成教师资格认定。女同志例假，请暂缓尿液、妇科检查。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。

6、需要复检的接到通知二天内必须复查，没有按时复查的视为不合格。

嘉兴市第二医院体检中心

2021年3月25日

体检中心电话：82059603