江西省教师资格申请人员体检标准

第一条 风湿性心脏病、心肌病、冠心病、先天性心脏病等器质性心脏病，不合格。先天性心脏病不需手术或经手术治愈的，合格。

遇有下列情况之一的，排除病理性改变，合格：

（一）心脏听诊有杂音；

（二）频发期前收缩；

（三）心率每分钟小于50次或大于110次；

（四）心电图有异常的其他情况。

第二条血压在下列范围内，合格：收缩压小于140mmHg；舒张压小于90mmHg。

第三条血液系统疾病，不合格。单纯性缺铁性贫血，血红蛋白男性高于90g/L、女性高于80g/L，合格。

第四条结核病不合格。但下列情况合格：

（一）原发性肺结核、继发性肺结核、结核性胸膜炎，临床治愈后稳定1年无变化；

（二）肺外结核病：肾结核、骨结核、腹膜结核、淋巴结核等，临床治愈后2年无复发，经专科医院检查无变化。

第五条慢性支气管炎伴阻塞性肺气肿、严重支气管扩张、严重支气管哮喘，不合格。

第六条慢性胰腺炎、溃疡性结肠炎、克罗恩病等严重慢性消化系统疾病，不合格。胃次全切除术后无严重并发症，合格。

第七条 各种急慢性肝炎及肝硬化，不合格。

第八条 恶性肿瘤，不合格。

第九条 肾炎、慢性肾盂肾炎、多囊肾、肾功能不全，不合格。

第十条糖尿病伴心、脑、肾、眼及末梢循环等其他器官功能严重受损，尿崩症、肢端肥大症等内分泌系统疾病，不合格。甲状腺功能亢进治愈后1年无症状和体征，合格。

第十一条有癫痫病史、精神病史、癔病史、严重的神经官能症（经常头痛头晕、失眠、记忆力明显下降等），精神活性物质滥用和依赖，不合格。

第十二条 红斑狼疮、皮肌炎和多发性肌炎、硬皮病、结节性多动脉炎、类风湿性关节炎等各种弥漫性结缔组织疾病，大动脉炎，不合格。

第十三条 晚期血吸虫病，晚期血丝虫病兼有橡皮肿或有乳糜尿，不合格。

第十四条 颅骨缺损、颅内异物存留、颅脑畸形、脑外伤后综合征，不合格。

第十五条严重的慢性骨髓炎，不合格。

第十六条三度单纯性甲状腺肿，不合格。

第十七条 有梗阻的胆结石或泌尿系结石，不合格。

第十八条淋病、梅毒、软下疳、性病性淋巴肉芽肿、尖锐湿疣、生殖器疱疹，艾滋病，不合格。

第十九条双眼矫正视力均低于4.8（小数视力0.6），一眼失明另一眼矫正视力低于4.9（小数视力0.8），有明显视功能损害眼病，不合格。

第二十条 轻度色觉异常（俗称色弱）和色觉异常П度（俗称色盲），申请幼儿园教师资格或任教学科为学前教育、体育教育、心理学等的，不合格；色觉异常П度，申请任教学科为美术类、艺术设计类等的，不合格。

第二十一条 上肢残缺影响板书写字，不合格；两下肢不等长，借助辅助工具仍不能独自站立行走，不合格。

第二十二条 双耳均有听力障碍，在使用人工听觉装置情况下，双耳在3米以内仍听不见正常讲话，不合格。

第二十三条 严重口吃，口腔有生理缺陷并妨碍发音，不合格。

第二十四条 申请认定幼儿园教师资格，女性须增加滴虫、外阴阴道假丝酵母菌（念球菌）两项检查，阳性为不合格。

第二十五条 怀孕人员持有怀孕证明经指定医院确认后，或在指定医院检查确诊怀孕后，免予放射科项目检查。

第二十六条 持有《中华人民共和国残疾人证》且核定为视力残疾，申请认定特殊教育教师资格，免予视力检测项目；持有《中华人民共和国残疾人证》且核定为听力残疾，申请认定特殊教育教师资格，免予听力检测项目。

第二十七条 未纳入体检标准，影响正常履行职责的其他疾病，不合格。

附件2

江西省教师资格申请人员

体

检

表

江 西 省 教 育 厅 制

体 检 须 知

为了准确反映受检者身体的真实状况，请注意以下事项：

1.均应到指定医院进行体检，其它医疗单位的检查结果一律无效。

2.严禁弄虚作假、冒名顶替；如隐瞒病史影响体检结果的，后果自负。

3.体检表上粘贴近期正面一寸免冠彩色白底照片一张。

4.本表第一页由受检者本人填写（用黑色签字笔或钢笔），要求字迹清楚，无涂改，病史部分要如实、逐项填齐，不能遗漏。

5.体检前一天请注意休息，勿熬夜，不要饮酒，避免剧烈运动。

6.体检当天需进行采血、B超等检查，请在受检前禁食8-12小时。

7.女性受检者月经期间请勿做妇科及尿液检查，待经期完毕后再补检；怀孕或可能已受孕者，事先告知医护人员，勿做X光检查。

8.请配合医生认真检查所有项目，勿漏检。若自动放弃某一检查项目，将会影响对您的教师资格认定。

9.体检医师可根据实际需要，增加必要的相应检查、检验项目。

10.如对体检结果有疑义，请按有关规定办理。

江西省教师资格申请人员体检表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | | 性 别 | | |  | | 出生年月 | | | |  | | | 照  片 |
| 民 族 |  | | | | 婚姻状况 | | |  | | 籍 贯 | | | |  | | |
| 联系电话 |  | | | | 通讯地址 | | |  | | | | | | | | |
| 申请资格  种类 |  | | | | 身份证号 | | |  | | | | | | | | |
| 请本人如实详细填写下列项目  （在每一项后的空格中打“√”回答“有”或“无”，如故意隐瞒，责任自负） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 病名 | | 有 | 无 | | | | 治愈时间 | | 病 名 | | | | 有 | | | 无 | 治愈时间 |
| 高血压病 | |  |  | | | |  | | 糖尿病 | | | |  | | |  |  |
| 冠心病 | |  |  | | | |  | | 甲亢 | | | |  | | |  |  |
| 风心病 | |  |  | | | |  | | 贫血 | | | |  | | |  |  |
| 先心病 | |  |  | | | |  | | 癫痫 | | | |  | | |  |  |
| 心肌病 | |  |  | | | |  | | 精神病 | | | |  | | |  |  |
| 支气管扩张 | |  |  | | | |  | | 神经官能症 | | | |  | | |  |  |
| 支气管哮喘 | |  |  | | | |  | | 吸毒史 | | | |  | | |  |  |
| 肺气肿 | |  |  | | | |  | | 急慢性肝炎 | | | |  | | |  |  |
| 消化性溃疡 | |  |  | | | |  | | 结核病 | | | |  | | |  |  |
| 肝硬化 | |  |  | | | |  | | 性传播疾病 | | | |  | | |  |  |
| 胰腺疾病 | |  |  | | | |  | | 恶性肿瘤 | | | |  | | |  |  |
| 急慢性肾炎 | |  |  | | | |  | | 手术史 | | | |  | | |  |  |
| 肾功能不全 | |  |  | | | |  | | 严重外伤史 | | | |  | | |  |  |
| 结缔组织病 | |  |  | | | |  | | 其他 | | | |  | | |  |  |
| 备 注： | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受检者签字：    体检日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 身高 | 厘米 | | | | | 体重 | | 公斤 | | | | 血压 | | | / mmHg | | |
| 内  科 | 病史：曾患过何种疾病（起病时间及目前症状）。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 心脏 | | | 心界  杂音 | | | | | | 心率 | | | | 次/分 律 | | | |
| 肺 | | |  | | | | | | 腹部 | | | |  | | | |
| 肝 | | |  | | | | | | 神经系统 | | | |  | | | |
| 脾 | | |  | | | | | | 其他 | | | |  | | | |
| 建议 | | |  | | | | | | | 医师签字 | | |  | | | |
| 外  科 | 病史：曾做过何种手术或有无外伤史（名称及时间），目前功能如何。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 皮肤 | | |  | | | | | | 浅表  淋巴结 | | | |  | | | |
| 头颅 | | |  | | | | | | 甲状腺 | | | |  | | | |
| 乳腺 | | |  | | | | | | 脊柱  四肢关节 | | | |  | | | |
| 肛门  外生殖器 | | |  | | | | | | 其他 | | | |  | | | |
| 建议 | | |  | | | | | | 医师签字 | | | |  | | | |
| 眼  科 | 裸眼  视力 | | | 右 | | | | 矫正  视力 | | 右 | | | | 医师签字 | | |  |
| 左 | | | | 左 | | | |
| 色觉 | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 其他 | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 建议 | | |  | | | | | | 医师签字 | | | |  | | | |
| 耳  鼻  喉  科 | 听力 | | | 左耳  右耳 | | | | | | 耳部 | | | |  | | | |
| 鼻部 | | |  | | | | | | 咽部 | | | |  | | | |
| 喉部 | | |  | | | | | | 嗅觉 | | | |  | | | |
| 其他 | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 建议 | | |  | | | | | | 医师签字 | | | |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口  腔  科 | 唇腭舌 | |  | | 牙齿 |  |
| 是否  口吃 | |  | | | |
| 其他 | |  | | | |
| 建议 | |  | | 医师签字 |  |
| 妇科检查 |  | | | | 医师签字 |  |
| 心电图 |  | | | | 医师签字 |  |
| 胸部X光片 |  | | | | 医师签字 |  |
| 腹部B超  检查 |  | | | | 医师签字 |  |
| 申请幼儿  教师资格  加测 | 妇科 | 滴虫 | |  | 医师签字 |  |
| 念球菌 | |  |
| 注：对于滴虫和念球菌两项妇科检查项目未婚女性采取阴道口取样。 | | | | | | |
| 体检结论  及建议 | 主检医师签字：  体检医院签章处  年 月 日 | | | | | |