附件1

教师资格认定体检指定医院一览表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医院名称 | 地 址 | 咨询电话 |
| 泰州市第二人民医院 | 泰州市姜堰区健康路27号 | 工作日7：30  门诊大厅入 |
| 泰州市人民医院 | 泰州市海陵区海陵路399号 | 86606788 |
| 泰州市中医院 | 泰州市海陵区济川东路86号  （高架桥下）  门诊楼二楼最西边体检中心 | 86611907 |
| 泰州市第四人民医院 | 泰州市海陵区鼓楼北路99号  门诊五楼体检中心 | 80185329 |
| 泰州市中西医结合医院 | 泰州市江州南路111号  门诊楼三楼体检中心 | 86995022 |
| 泰州市第三人民医院 | 泰州市高港区春港路98号  门诊二楼体检中心 | 86903031 |
| 兴化市人民医院 | 兴化市英武南路419号  门诊三楼体检中心 | 83370056 |
| 泰兴市人民医院 | 泰兴市人民医院润泰路院区  （润泰路98号）  门诊四楼健康管理中心 | 87026028 |
| 靖江市人民医院 | 靖江市中洲东路28号  门诊楼四楼体检中心 | 84995000 |

附件2

**教师资格认定体检须知**

各位申请人：

根据《关于做好教师资格认定体检工作的通知》等文件要求，申请认定教师资格的人员，均应进行体检。现将有关体检须知通知如下:

1.请您在规定时间内携带身份证原件和指定的体检表（详见附件3、4）到指定医院（详见附件1）参加体检，体检费用自理。泰州市第二人民医院工作日7:30开始体检，其他医院需提前咨询。

2.为保证血液检验结果准确无误，体检前两天请注意休息，不要参加剧烈运动，不要饮酒，饮食要清淡。参加体检时，请保持空腹，体检开始前10小时内不得进食和饮水。

3.体检过程中，请遵守体检纪律，服从体检工作人员安排，听从领队医生的要求，不随意走动，以防止项目漏检。申请人故意不参加检查，造成项目漏检，该项目将视同不合格处理。

4.体检表中“既往病史”一栏，申请人应如实填写。如有隐瞒严重病情、不符合认定条件者取得教师资格，按弄虚作假、骗取教师资格处理，撤销其教师资格。

5.如因怀孕等特殊情况申请缓检某些项目的，需主动向医院说明，并提交相关的医学证明和书面申请。

6.根据规定，体检表由教师资格认定机构归档保存，不退还本人。再次申请教师资格者必须重新体检。

附件3

江苏省幼儿园教师资格申请人员体检表

体检号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | 年 龄 | | | |  | | | | | 性 别 | | | |  | | | 照  片 |
| 民 族 |  | | | 籍 贯 | | | |  | | | | | 婚 否 | | | |  | | |
| 现住所 |  | | | | | | | | | | | | 联 系  电 话 | | | |  | | |
| 既 往 病 史  （本人如实填写） | | | | 1.肝炎 2.结核 3.皮肤病 4.性传播性疾病  5.精神病 6.其他（请注明）  受检者确认签字： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 五 官 科 | 裸 眼  视 力 | 左 | | | | | 矫 正  视 力 | | | | 左 | | | 矫 正  度 数 | | | | | 左 | 医师意见  和签名  眼科  耳鼻喉科  口腔科 |
| 右 | | | | | 右 | | | 右 |
| 辨色力 |  | | | | | | | | | 眼病 | | |  | | | | | |
| 听 力 | 左耳 米 | | | | | | | 右耳 米 | | | | | | | 其他 | | |  |
| 鼻 | 嗅觉 | | |  | | | | | | 鼻及鼻窦 | | | | |  | | | |
| 面 部 |  | | | | | | | | | 咽 喉 | | |  | | | | | |
| 口腔唇腭 |  | | | | | | | | | 齿 | | |  | | | | | |
| 其 他 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 内 科 | 血 压 | | | 毫米汞柱 | | | | | | | | 心 率 | | | | 次/分钟 | | | | 医师意见  签名 |
| 神经及精神 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 发育及营养状况 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 肺及呼吸道 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 心脏及心血管 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 腹部器官 | | | 肝 | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 脾 | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 其 他 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 外 科 | 身 高 | | 厘米 | | | | | | | 体 重 | | | | | 千克 | | | | | 医师意见  签名 |
| 淋 巴 | |  | | | | | | | 脊 柱 | | | | |  | | | | |
| 四 肢 | |  | | | | | | | 关 节 | | | | |  | | | | |
| 皮 肤 | |  | | | | | | | 颈 部 | | | | |  | | | | |
| 其 他 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 胸片  或  胸透 | （注：对出现呼吸系统疑似症状者须进行胸片项目检查） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 医师签名 |
| 心电图 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 医师签名 |
| 化验  检查  (附化验单) | 淋球菌 | | | | |  | | | | | 梅毒螺旋体 | | | | | | |  | | 医师签名 |
| ALT | | | | |  | | | | | 其他项目 | | | | | | |  | |
| 妇科  检查 | 滴 虫 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | 医师签名 |
| 外阴阴道假丝酵母菌 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 体检  结论 | 负责医师签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 体检  医院  意见 | （请体检医院根据《江苏省教师资格认定体检标准》明确作出合格或不合格结论，不合格的需注明原因。）    （体检医院盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 备注 | （进行复检人员需在此注明复检项目和结果，体检医院据此作出是否合格结论，并加盖医院章。） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

附件4

江苏省中小学教师资格申请人员体检表

体检号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | 年 龄 | | | |  | | | | | 性 别 | | | |  | | | 照  片 |
| 民 族 |  | | | 籍 贯 | | | |  | | | | | 婚 否 | | | |  | | |
| 现住所 |  | | | | | | | | | | | | 联 系  电 话 | | | |  | | |
| 既 往 病 史  （本人如实填写） | | | | 1.肝炎 2.结核 3.皮肤病 4.性传播性疾病  5.精神病 6.其他（请注明）  受检者确认签字： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 五 官 科 | 裸 眼  视 力 | 左 | | | | | 矫 正  视 力 | | | | 左 | | | 矫 正  度 数 | | | | | 左 | 医师意见  和签名  眼科  耳鼻喉科  口腔科 |
| 右 | | | | | 右 | | | 右 |
| 辨色力 |  | | | | | | | | | 眼病 | | |  | | | | | |
| 听 力 | 左耳 米 | | | | | | | 右耳 米 | | | | | | | 其他 | | |  |
| 鼻 | 嗅觉 | | |  | | | | | | 鼻及鼻窦 | | | | |  | | | |
| 面 部 |  | | | | | | | | | 咽 喉 | | |  | | | | | |
| 口腔唇腭 |  | | | | | | | | | 齿 | | |  | | | | | |
| 其 他 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 内 科 | 血 压 | | | 毫米汞柱 | | | | | | | | 心 率 | | | | 次/分钟 | | | | 医师意见  签名 |
| 神经及精神 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 发育及营养状况 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 肺及呼吸道 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 心脏及心血管 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 腹部器官 | | | 肝 | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 脾 | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 其 他 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 外 科 | 身 高 | | 厘米 | | | | | | | 体 重 | | | | | 千克 | | | | | 医师意见  签名 |
| 淋 巴 | |  | | | | | | | 脊 柱 | | | | |  | | | | |
| 四 肢 | |  | | | | | | | 关 节 | | | | |  | | | | |
| 皮 肤 | |  | | | | | | | 颈 部 | | | | |  | | | | |
| 其 他 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 胸片  或  胸透 | （注：对出现呼吸系统疑似症状者须进行胸片项目检查） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 医师签名 |
| 心电图 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 医师签名 |
| 化验  检查  (附化验单) | 血常规 | | | | |  | | | | | ALT | | | | | | |  | | 医师签名 |
| 其他 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 体检  结论 | 负责医师签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 体检  医院  意见 | （请体检医院根据《江苏省教师资格认定体检标准》明确作出合格或不合格结论，不合格的需注明原因。）    （体检医院盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 备注 | （进行复检人员需在此注明复检项目和结果，体检医院据此作出是否合格结论，并加盖医院章。） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |