附件1

**章贡区2020年教师资格认定体检通告**

**1、体检时间：** 2020年7月13～20日,上午8∶00开始（抽血8:00-10:30）； (节假日除外)

2、**地点：**赣州市立医院体检中心（1号楼4楼）；

3、**对象：**经过现场确认，并通过初审的申报初中、小学、幼儿园教师资格的人员。

4、**费用：**（申报初中、小学教师资格人员：166元）；（申报幼儿园教师资格人员：208元）。

5、**体检流程：**

① 体检人员于2020年7月13日开始，上午到市立医院1号楼1楼收费科缴费。（直接带好在市行政服务中心3楼盖了受理章的体检表到市立医院一楼缴费，然后到1号楼4楼开始体检）

(a\带好身份证，先在一号楼缴费要说明是教师资格体检; 幼儿园要特别说明.

（b\缴费后，拿到发票到1号楼4楼413室领取体检表，然后开始体检。）

②体检当日**早上空腹**到医院开始体检→1号楼4楼体检科抽血、做心电图、内外科检查→1号楼4楼耳鼻喉科进行五官科检查→1号楼1楼放射科**(孕妇需说明，禁检)**进行胸片检查，（申报幼儿园教师资格人员还要到1号楼3楼妇科进行妇检取标本）体检完所有项目后，将《体检表》及时交回医院体检中心办公室413室。

③逾期不体检，视为放弃。

**温馨提示**：根据卫生部、教育部下发的《托儿所幼儿园卫生保健管理办法》（卫生部 教育部令第76号），对申请认定幼儿园教师资格人员，增检淋球菌、梅毒螺旋体、滴虫、外阴阴道假丝酵母菌（念球菌）（后两项指妇科检查）。

妊娠期的申请人可免检孕妇不宜的体检项目。在其他可检测项目合格的情况下，视为体检合格，但需由主检医生在体检表上签署妊娠情况说明。申请人在提交体检合格证明时需附上妊娠反应为阳性的检测报告或围产检查档案等证明材料。

赣州市章贡区教体局

2020年6月4日

附件2

江西省教师资格申请人员体格检查表

（2013年修订）

  市 县(区) 申请资格种类

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 性别 | | |  | | | | 年龄 | | |  | 民族 | | |  | | 贴  相  片  处 | |
| 籍 贯 | |  | | 身份证号码 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 工作单位 | |  | | | | | | | | | | 职 业 | | | | |  | | |
| 通讯地址 | |  | | | | | | | | | | 联系电话 | | | | |  | | |
| 既往病史  （项目见说明） | | 本人签名： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (以上空白处由申请人如实填写) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 五官科 | 裸眼视力 | | | 右 | 矫正  视力 | | | | 右 | | | | 矫正度数 | | 右 | | | | 医师意见:            签名: | | |
| 左 | 左 | | | | 左 | | | |
| 辨色力 | | |  | | | | | 眼病 | | | |  | | | | | |
| 听力 | | | 左耳 　　　米 | | | | | | 右耳 　　 米 | | | | | | | | |
| 鼻 | | | 嗅觉 | |  | | | | 鼻及鼻窦 | | | | |  | | | |
| 面部 | | |  | | | | 咽喉 | | | | | | |  | | | |
| 口腔唇腭 | | |  | | | | 齿 | | | | | | |  | | | |
| 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 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 内科 | 血压 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | 医师意见:            签名: | | |
| 营养状况 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 心脏及血管 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 呼吸系统 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 神经系统 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 腹部器官 | | | 肝 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 脾 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 其他 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 化验检查  (附化验单) | | | 血常规 |  | | | | 肝功五项  （谷草、谷丙转氨酶、胆红素三项） | | | | | | | | |  | | 肾功三项 | |  |
| 血糖 |  | | | | 类风湿因子 | | | | | | | | |  | | 尿常规 | |  |
| 仅限申请幼儿教师资格 | | | 淋球菌 | | | | |  | | | | | | | | | | | 医师意见：  签名： | | |
| 梅毒螺旋体 | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 妇科  检查 | 滴虫 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 念球菌 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 胸部透视 | | | | 医师签名: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 体检结论 | | | | 主检医生签名:  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 体检医院  意 见 | | | | 体检医院 盖章  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

说明：既往病史指心脏病、肝炎、哮喘、精神病、癫痫、结核、皮肤病、性传播性疾病等病史。本人应如实填写患病时间、治愈等情况，否则后果自负。

**申请幼儿园教师资格人员体检表（增加项目）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | | 性别 | |  | | 年龄 | |  | |  |
| 编号 | |  | | | 民族 | |  | | 婚否 | |  | | 照  片 |
| 既往史 | | 1.肝炎 2.结核 3.皮肤病  4. 性传播性疾病 5. 精神病 6.其他  申请认定教师资格人员签字： | | | | | | | | | | |
| 身份证号 | | |  | | | | | | | | | |
| 化验检查 | 丙氨酸氨基转移酶(ALT) | | | | |  | | | | 滴 虫 | |  | |
| 淋球菌 | | | | |  | | | | 梅毒螺旋体 | |  | |
| 外阴阴道假丝酵母菌  （念珠菌） | | | | |  | | | | 其他 | |  | |
| 其他检查 | | | |  | | | | | | | | | |
| 检查  结果 | |  | | | | | | 医生意见 | | |  | | |
| 医生签名： 检查单位：  体检日期： 年 月 日 （检查单位盖章） | | | | | | | | | | | | | |
| 备注：1.滴虫、外阴阴道假丝酵母菌指妇科检查项目。  2.胸片检查只限于上岗前及上岗后出现呼吸系统疑似症状者。  3.凡体检合格者，由健康检查单位签发健康合格证。 | | | | | | | | | | | | | |

申请幼儿园教师资格人员增加体检项目标准

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 检查项目 | 合格标准 | 不合格标准 | 备注 |
| 丙氨酸氨基转移酶(ALT) | ≤40 u/L | ＞40 u/L |  |
| 淋球菌 | 阴性 | 阳性 |  |
| 外阴阴道假丝酵母菌  （念珠菌） | 阴性 | 阳性 |  |
| 滴 虫 | 阴性 | 阳性 |  |
| 梅毒螺旋体 | 阴性 | 阳性 |  |

注：上述标准为江西省妇幼保健院化验标准。