附件1：

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。

附件2：

教师资格认定体检通知

（提示：本通知仅为普通高中类别、中职类别教师资格认定申请人的体检安排，初中、小学、幼儿园教师资格认定申请人的体检安排请关注户籍或居住地所在县(市、区)教体局网站发布的公告。申请人可选择名单中任意一家医院进行体检。**体检报告由申请人自行领取。）**

1. 指定体检医院名单

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **体检医院** | **地址** | **联系电话** |
| 滨城区市立医院 | 滨城区市立医院眼科楼二楼滨城区征兵体检站（黄河十五路、渤海二路交叉口西北角） | 0543-5167323 |
| 滨州市第二人民医院  滨州市沾化区中医院 | 沾化区富电路339号  沾化区沿河路452号 | 0543-7313705  0543-8131551 |
| 惠民县人民医院 | 北区二楼体检中心（惠民县开发区孙武五路396号） | 0543-5059946 |
| 阳信县人民医院 | 门诊病房综合楼9楼 | 18054566971 |
| 无棣县人民医院 | 无棣县人民医院健康管理中心（海丰十五路、棣新七路交叉口西北角） | 0543-6324184 6326170 |
| 博兴县人民医院 | 博兴县胜利二路1号（一楼体检中心） | 0543-2600483 |
| 邹平市妇幼保健院 | 邹平市醴泉七路166号 | 0543—7078011 |

二、体检时间

2021年4月7日至4月13日，上午8:00-11:30,下午2:00—4:30，周六、周日正常上班。

三、注意事项

1.体检结果只在本次教师资格认定工作中有效。

2.体检按《山东省教师资格认定体检标准及操作规程》、《山东省教育厅关于修订教师资格认定体检标准的通知》和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》执行。

3.体检当日清晨请勿饮水、进食，中午禁食。

4.考生在规定时间内携带身份证或有效证件、《山东省申请教师资格人员体格检查表》（自行下载打印并粘贴本人近期免冠1寸照片）到指定体检机构，自费挂号进行教师资格体检。

5.请在体检表下方注明电话号码。

6.已怀孕者，请预先告知医护人员，勿做Χ光检查,（需提供县级以上医院的妊娠证明），未婚女士一律不做妇科检查。

滨州市沾化区行政审批服务局

2021年3月23日

附件3：

山东省教师资格认定体检标准

有下列疾病或生理缺陷者，为体检不合格：

（一）先天性心脏病（经手术治愈者除外）、频发性期前收缩、心电图不正常、心肌病及其他器质性心脏病。

（二）血压超过18.66／12kpa（140／90毫米汞柱），低于11.46／7.46kpa（86／56毫米汞柱）。单项收缩压超过21.33kpa（160毫米汞柱），低于10.66kpa（80毫米汞柱），舒张压超过12kpa（90毫米汞柱），低于6.66kpa（50毫米汞柱）。

（三）结核病，除下列情况，均为体检不合格：

1、原发型肺结核、浸润型肺结核，已硬结稳定。结核性胸膜炎已治愈，或治愈后遗有胸膜肥厚者。

2、一切肺外结核（肾结核、骨结核、腹膜结核等）、血行播散型肺结核，治愈后两年以上未复发，经二级以上医院（或结核病防治所）专科检查无变化者。

3、淋巴腺结核已临床治愈无症状者。

（四）支气管扩张病,未治愈者。

（五）慢性肝炎病人并且肝功能不正常者（肝炎病原携带者，但肝功能正常者除外）。肝炎病原携带者或乙型肝炎表面抗原检验阳性申请幼儿园教师资格者。

（六）各种恶性肿瘤。各种结缔组织疾病（胶原疾病）。内分泌系统疾病（如糖尿病、尿崩症、肢端肥大症等）。血液病（单纯缺铁性贫血除外）。

（七）慢性肾炎。急性肾炎治愈不足两年。

（八）有癫痫病史、精神病史、癔病史、夜游症。

（九）肺切除超过一叶；肺不张一叶以上。

（十）类风湿脊柱强直。慢性骨髓炎。

（十一）青光眼；视网膜、视神经疾病（陈旧性或稳定性眼底病除外）。

（十二）色盲、色弱,申请幼儿园教师和特殊教育教师资格者。

（十三）两耳听力均在2米以内者，或佩带助听器听力均低于5米者。

（十四）仪表仪容，有下列情况者均为体检不合格。

1、四肢。两上肢或两下肢不能运动者；四肢残缺变形，行路步态跛行，上肢（特别是右手）残缺影响板书写字者。

2、体型。身体畸形，如明显鸡胸、驼背、脊柱侧弯外曲超过3厘米；身高影响教学者。

3、五官。五官不端正，面部有较大面积（3×3厘米）疤痕、血管瘤或白癜风、黑色素痣者。

（十五）口吃，吐字不清，声音严重嘶哑，声带病变，严重慢性咽喉炎或口腔有生理缺陷及耳鼻喉疾病之一而妨碍发音影响教学者。