附件1

山西省申请认定教师资格人员体检表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | 年 龄 |  | | 性别 |  | | | 婚否 | | |  | 民族 | |  | 相  片 |
| 籍贯 | |  | 现住所 |  | | | | | | 联系电话 | | |  | | | |
| 既 往 病 史 | | | 本人签字： | | | | | | | | | | | | | |
| **以上栏目由申请人填写** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | 医师意见  签名 |
| 耳 疾 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 鼻 | | 嗅觉 | |  | | | 鼻及鼻窦 | | | |  | | | | | 医师意见  签名 |
| 面 部 | |  | | | | | 咽喉 | | | |  | | | | |
| 口腔唇腭 | |  | | | | | 齿 | | | |  | | | | |
| 其 他 | |  | | | | | | | | | | | | | | 医师签名 |
| 外  科 | 身 高 | | 公分 | | | | | | 体 重 | | | 公斤 | | | | | 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 |
| 心脏及血管管 | |  | | | | |
| 呼吸系统 | |  | | | | |
| 腹部器官  （B超） | | 肝 | | 脾 | | 其 他 |
|  | |  | |  |
| 神经及精神 | |  | | | | |
| 其他 | |  | | | | |
| 妇科检查 | |  | | | | | | 医师签名 |
| 胸部透视 | |  | | | | | | 医师签名 |
| 化验检查  （附化验单） | | 肝功 | | 血糖 | | 其 他 | | 医师签名 |
|  | |  | |  | |
| 体检结论 | | 负责医师签字: | | | | | | |
| 体检医院  意 见 | | 体检医院公章  年 月 日 | | | | | | |

说明： 1.即往病史指心脏病、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。

2．参加体检者，检查当日须空腹。

附件2

山西省申请认定幼儿园教师资格人员体检表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | 年 龄 |  | 性别 |  | | | 婚否 | |  | 民族 | |  | 相  片 |
| 籍贯 | |  | 现住所 |  | | | | | 联系电话 | |  | | | |
| 既 往 病 史 | | | 本人签字： | | | | | | | | | | | |
| **以上栏目由申请人填写** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | 医师意见  签名 |
| 耳 疾 | |  | | | | | | | | | | | |
| 鼻 | | 嗅 觉 | |  | | 鼻及鼻窦 | | | |  | | | | 医师意见  签名 |
| 面部 | |  | | | | 咽喉 | | | |  | | | |
| 口腔唇腭 | |  | | | | 齿 | | | |  | | | |
| 其他 | |  | | | | | | | | | | | | 医师签名 |
| 外  科 | 身高 | | 公分 | | | | | 体重 | | | 公斤 | | | | 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 |
| 心脏及血管管 | |  | | | | | |
| 呼吸系统 | |  | | | | | |
| 腹部器官  （B超） | | 肝 | | 脾 | | 其 他 | |
|  | |  | |  | |
| 神经及精神 | |  | | | | | |
| 妇科检查 | 滴 虫 | |  | | | | | |
| 念 球 菌 | |  | | | | | | 医师签名 |
| 胸部透视 | |  | | | | | | | 医师签名 |
| 化验检查  （附化验单） | | 肝功 | | 血糖 | | 淋球菌 | | 梅毒螺旋体 | 医师签名 |
|  | |  | |  | |  |
| 体检结论 | | 负责医师签字: | | | | | | | |
| 体检医院  意 见 | | 体检医院公章  年 月 日 | | | | | | | |

说明： 1.即往病史指心脏病、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。

2．参加体检者，检查当日须空腹。

3.对出现呼吸系统疑似症状者增加胸片检查项目。

附件3

阳泉市各级认定机构体检安排

一、高级中学和中等职业学校教师资格认定体检医院

阳泉市第一人民医院

阳泉市阳煤集团总医院

（注：以上医院请申请人自选一所，体检前请仔细阅读体检须知。）

二、幼儿园、小学和初级中学教师资格认定体检医院

（一）阳泉市城区、矿区

阳泉市第一人民医院

阳泉市阳煤集团总医院

（注：以上医院请申请人自选一所，体检前请仔细阅读体检须知。）

（二）阳泉市郊区

阳泉市第二人民医院（郊区人民医院）

（三）平定县

平定县人民医院

（四）盂县

盂县人民医院

三、体检须知

申请人自费参加体检，收费标准请咨询各医院。申请人须参加全部体检项目，请根据体检医院要求及自身身体情况合理安排时间。希望申请人合理安排自己的体检时间，主动与体检医院联系预约，不要都集中到最后，避免因体检人员一次性集中过多等情况而影响体检。未参加体检或未参加全部体检项目，视同申请人自动放弃申请。体检时携带本人身份证和近期1寸免冠半身正面彩色白底照片1张（与报名上传的照片同底）。部分医院不提供体检表，请申请人自行下载双面打印体检表并贴好照片。申请人需在申请认定教师资格人员体检表中的“既往病史”一栏中如实填写,体检中如出现呼吸系统疑似症状者必须进一步做胸片项目检查。申请认定幼儿园教师资格人员，增加淋球菌、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）检查项目。女性未婚者请告知体检医院。体检当天需佩戴口罩，自觉出示健康码。各医院体检安排如下：

（一）阳泉市第一人民医院

1.体检时间：2021年4月19日-4月30日，周一到周五上午8:00—9:00。

2.体检地点：阳泉市第一人民医院健康体检部（咨询电话:0353-3030700）。

3.体检者本人需携带身份证，主动出示健康码，自行下载打印体检表贴好照片。

4.体检前2-3日应注意饮食均衡，以清淡饮食为主；不吃高脂性及油炸性食物；禁食血制品及含铁量过大的食物（如猪血、海带、菠菜等）。

5.体检前一日请勿饮酒、喝浓茶和咖啡，不要吃对肝、肾功能有损害的药物（降压药、降糖药除外），晚餐后禁食，十二点以后禁饮水；避免过劳。

6.体检当日晨禁食、禁水。如患有糖尿病、冠心病、高血压等慢性疾病，请正常服药（少量水），并告知医生。

7.体检当日请穿宽松轻便服装，女士不要穿连裤袜、连衣裙；请勿佩戴金属饰物或携带贵重物品，以免影响检查或丢失。

8.做子宫（含附件）、膀胱、前列腺彩超检查者，尽可能不排晨尿，使膀胱充盈。

9.女性受检者妇科常规检查前应排空小便；月经期间请勿做妇科及尿液检查，待经期完毕后再补检；妇女做子宫颈涂片检查前一天勿行房事，勿阴道冲洗或使用塞剂；怀孕或可能已受孕者，事先告知医护人员，勿做X光检查。

（二）阳泉市阳煤集团总医院

1.体检时间：2021年4月19日-4月30日，周一到周六上午8:00—9:00。

2.体检地点：阳泉市矿区北大街218号阳煤集团总医院健康体检部。

3.体检实行预约制，请严格按照约定时间体检。体检预约方式：微信关注阳煤集团总医院，预约体检门诊，预约成功后凭预约凭证体检，咨询电话0353-7073209。

4.请在体检部前台出示身份证、健康码，领取体检表并贴好照片。

5.受检人员在体检前一天应注意休息，避免剧烈运动。不宜食用油腻食物（火锅等），不饮酒，不吃对肝、肾功能有损害的药物。

6.女士体检当日勿穿连衣裙、连裤袜，应避开经期，以免影响体格检查，未婚者提前告知。

7.体检当天需空腹，做X线检查时去掉金属饰物（如项链等），孕期勿做X线检查。

8.体检结束将体检表交回前台并确认项目，避免漏项。

9.请全程佩戴口罩，保持间隔一米以上距离，避免交谈。

10. 请14天内从北京、新疆地区返回者，居家隔离14天方可体检，或凭当地指定核酸检测点核酸检测阴性报告体检；其他14天之内有出省轨迹受检人员凭行程码和健康码体检；14天之内有发热者请如实告知，并提供核酸检测阴性报告方可参加体检。

（三）阳泉市第二人民医院（郊区人民医院）

1.体检时间：2021年4月19日-4月30日，周一到周五上午8：00-12:00。

2.体检地点：阳泉市第二人民医院（咨询电话：0353-5151863）。

3. 请在体检处出示身份证，领取体检表并贴好照片。

4.体检注意事项：体检日晨空腹，禁饮禁食。体检前一周注意休息，不熬夜，饮食清淡。女性着装简洁，便于检查。

5.自觉佩戴口罩，不扎堆，不聚众，人与人之间间隔1米。外来人员必须出示健康码、行程码、体检前一周体温。

（四）平定县人民医院

1.体检时间：2021年4月20日-4月23日，周一到周五上午8:00—9:00。

2.体检地点：平定县人民医院体检部。

3.体检预约热线：0353-6161852，请按照预约时间体检。

4.体检者需携带身份证，出示健康码，自行下载打印体检表贴好照片。

5.体检前3-5日内，宜清淡饮食，勿食猪肝、猪血等高脂食物，禁大量饮酒。体检前一晚10点禁食、空腹，以便进行抽血化验和彩超检查。

6.体检前不易做剧烈运动，避免过度疲劳；体检当日停止晨练。

7.抽血做生化指标检查时，体检当日晨采空腹血，禁饮食。这样查出的结果较为准确。

8.怀孕及有可能怀孕的女性体检者，请勿接受放射线(胸透、胸片)检查。

9.未婚女士请勿接受妇科检查。已婚女士做妇科检查前应排空小便，请避开月经期。做宫颈涂片宫颈细胞学检查者，检查前一天请勿同房、阴道用药、阴道冲洗。

10.女士做子宫附件彩超、男士做前列腺彩超，检查前需憋尿、使膀胱充盈(最好是不排晨尿、缩短憋尿时间)。

11.腹部彩超：包括肝脏、胆道、胰腺、脾脏、肾脏等项目，检查前必须禁食8小时以上，检查前一天内不要吃易产生气体的食物，如(土豆红薯、蚕豆)等，否则会影响成像质量。

12.心电图检查：检查前应安静休息5分钟左右。不能在跑步、饱餐冷饮或吸烟后进行检查，这些因素都可以导致心电图异常，从而影响对疾病的判断。

13.全部体检项目检查完毕，请仔细核对体检套餐项目，确认无漏项后，请您将体检导引单交到体检中心，以便进行资料汇总，做出总检报告。

14.报告领取时间：常规健康体检一般在1-2工作日后。

（五）盂县人民医院

1.体检时间：2021年4月19日-4月30日，周一到周五上午8:00—10:00。

2.体检地点:盂县人民医院，咨询电话:18535306535。

3．检查当日早晨必须禁食、禁水，保证空腹（10 -12小时）。

4．特殊人群（高血压、糖尿病、冠心病等慢性病）请随身携带常规及急救药品，抽血后按规定服药。

5．怀孕及可能受孕者需告知医务人员，避免X线及妇科特殊检查。

6．注意检查当日衣者应宽松、得体，衣服包括贴身衣服不能有金属饰物，以免影响放射检查。

7．女性月经期勿留取尿、便标本，勿做妇科检查。

8．检查结束后按规定时间下午领取报告，进行结果解读，健康宣教。

附件4

**教师资格证书补发换发申请表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 本人正面一寸  免冠照片 |
| 民族 |  | 出生年月 |  |
| 资格种类 |  | 任教学科 |  |
| 身份证件类型 |  | 身份证件号码 |  |
| 原发证机关 |  | | |
| 证书编号 |  | | 原发证时间 |  |
| 申请事由 | □证书遗失需补发 | | | |
| □证书损毁影响使用需换发 | | | |
| 申请人  承 诺 | 以上信息准确，情况属实。因信息有误造成的一切后果由本人承担。  申请人签名： 年 月 日 | | | |
| **以下内容由发证机关填写** | | | | |
| 经办人  审核意见 | 有关材料已审核，情况属实。    经办人签名： 年 月 日 | | | |
| 发证机关 审核意见 | 负责人签名：  （公章） 年 月 日 | | | |

备注：1、所填个人信息应与原教师资格证书信息一致；

2、本表一式二份，分别存入本人人事档案和发证机关档案。