

附件 1:

日照市 2023 年中小学教师资格认定体检 通 知

(第二批次)

根据《教师资格条例》、《〈教师资格条例〉实施办法》、《山东省实施〈教师资格条例〉细则》要求“在指定的医院进行体格检查”的规定，申请教师资格的人员应参加体格检查。

第二批次体检时间：2023 年 6 月 15 日—6 月 26 日

教师资格申请人要在**规定时间内**，持本人身份证、《山东省申请教师资格人员体格检查表》空白表格，自行到指定医院进行体检。体检完毕后，由体检医院在《山东省申请教师资格人员体格检查表》上完整填写体检结论并盖章确认。

《山东省申请教师资格人员体格检查表》由申请教师资格人员自行领取保存，与其它申请材料一并通过山东政务服务网日照站点上传到认定机构。

市内申请人在指定医院进行体检，市外、省外申请人可以到当地县级以上具有教师资格认定体检资质的医院进行体检（市外、省外医院是否能进行体检，需考生自行联络）并出具查体表（**体检项目须与公告体检表一致，且必须使用《山东省申请教师资格人员体格检查表》**）。体检结果只在本批次教师资格认定工作中有效。

教师资格认定体检按照《山东省教师资格认定体检标准及操作规程》、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》和《人力资源

和社会保障部、教育部、卫生部关于进一步规范入学和就业体检项目维护乙肝表面抗原携带者入学和就业权利的通知》执行。教师资格认定机构对体检表进行审查，如发现缺漏项目及结论不确切、不清楚情况，可要求申请人进行补查。

视障人员、听障人员申请认定教师资格时，视障人员视力体检项目可免测，听障人员可减免听力检测项目。视障人员、听障人员认定其他条件、程序与普通考生一致。

日照市指定体检医院、地址及联系电话如下（申请人可在以下任意医院体检合格后，参加我市本批次教师资格认定）：

体检医院	医院地址	联系电话
日照市人民医院	日照市泰安路126号，日照市人民医院3号楼南楼一楼健康体检部	0633-3365512 0633-3367118
日照市中医医院	日照市望海路35号，日照市中医医院2号楼2楼西侧	0633-8290020 0633-8290880
日照市中加国际健康管理中心	日照市山东路和青岛路交叉路口，日照奥林匹克水上运动公园内	0633-3681808 0633-3681828
日照市中心医院（东港区人民医院）	日照市望海路66号日照市中心医院2号楼6楼	0633-7963025
岚山区人民医院	岚山区岚山中路566号岚山区人民医院6号楼6楼健康管理科	0633-7706022 0633-7706021
莒县人民医院	莒县浮来中路100号	0633-7888889

五莲县妇幼保健计 划生育服务中心	五莲县滨河路 108 号	0633-2259008 0633-2259159
---------------------	--------------	------------------------------

提示：请申请认定人员到我市指定的医院进行体检，在体检前一天晚上 22:00 后不再饮水、进食，保证休息，体检当天早晨空腹参加体检。

山东省申请教师资格人员体格检查表

编 号		此处不用填写。												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：							
		结核													
		皮肤病													
		性传播性疾病													
		精神病													
		其他						签名：							
		本人签名：													
眼 科	裸眼视力	右：_____			矫正视力			右：矫正度数			检查者			医师意见：	
		左：_____						左：矫正度数							
	色觉检查	彩色图案及彩色数码检查：_____									检查者				
		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（ ）									签名：				
	眼病														
内 科	血压	/ mmHg						检查者						医师意见：	
	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											签名：			
外 科	身高	厘米			体重			千克			颈部			医师意见：	
	皮肤				面部						关节				
	脊柱				四肢						检查者				
	其它										签名：				
耳 鼻 喉	听力	左耳 米			右耳 米			检查者			医师意见：				
	嗅觉							检查者							
	耳鼻咽喉													签名：	
口 腔 科	唇腭							是否口吃			医师意见：				
	牙齿	(齿缺失_____+_____)													
	其它													签名：	
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：						
	梅毒螺旋体														
	妇 科	滴虫													
	科	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。3.体检结论时间要在规定的体检时间内。4.考生可分别使用微信、抖音扫描下方二维码，认定期间，工作人员将不定时回答大家的共性问题。

