

甘肃省教师资格申请人员体检表

(2023年下半年认定批次)

姓 名: _____

工 作 单 位: _____

户 籍 所 在 地: _____

申 请 资 格 种 类: _____

填 表 日 期: _____

甘肃省教育厅制

说 明

一、申请认定中小学及幼儿园教师资格人员体检在相应教师资格认定机构指定的县级以上医院进行。申请认定高等学校教师资格人员由已聘拟任教高校统一组织在当地县级以上医院进行。

二、按照《教师资格条例》实施办法（教育部令第10号）规定：申请认定幼儿园和小学教师资格的，参照《中等师范学校招生体检标准》的有关规定执行；申请认定初级中学及其以上教师资格的，参照《高等师范学校招生体检标准》的有关规定执行。

相关文件：《普通中等专业学校招生体检标准》（〔85〕教职字006号）；国家教委、卫生部印发的《〈普通中等专业学校招生体检标准〉补充规定》（教职〔1991〕9号）；教育部、卫生部、中国残疾人联合会印发的《普通高等学校招生体检工作指导意见》（教学〔2003〕3号）；教育部办公厅、卫生部办公厅印发的《关于普通高等学校招生学生入学身体检查取消乙肝项目检测有关问题的通知》（教学厅〔2010〕2号）；《托儿所幼儿园卫生保健管理办法》（卫生部 教育部令第76号）；教育部教师资格认定指导中心印发的《关于调整申请认定幼儿园教师资格人员体检标准的通知》（教资字〔2010〕15号）。

三、“既往病史”栏由申请人员如实填写。如有隐瞒严重病史，不符合认定条件的，即使取得教师资格，一经发现按照“弄虚作假骗取教师资格”对申请人做出“撤销教师资格”处理。

四、承担体检的医院应当根据上述标准，对被检人员做出“合格”或“不合格”的结论，并加盖公章。

五、体检表A4纸张双面打印，左侧上下装订，限本批次认定教师资格时使用有效。

教师资格认定批次（2023年下半年）

报名号：

| | | | | | | | | | |
|---|--|-------|----|------|------|----|--|--|--|
| 姓名 | | 性别 | | 年龄 | | 民族 | | 近期免冠正面1寸彩色白底证件照 （与中国教师资格网注册申报上传的照片样式一致） | |
| 籍贯 | | 身份证号码 | | | | | | | |
| 婚否 | | 出生年月 | | 年 月 | | | | | |
| 职业 | | | | 最高学历 | | | | | |
| 现住所及通讯地址 | | | | 联系电话 | | | | | |
| 既往病史 | 肝炎（ ） 结核（ ） 皮肤病（ ） 性传播疾病（ ） 精神病（ ） 哮喘（ ） 癫痫（ ） 其他： | | | | | | | 本人签名： | |
| （以上内容由申请人如实填写，如有既往病史须在病名后划“√”，其他既往病史请注明。） | | | | | | | | | |
| 五官科 | 裸眼视力 | 右： | 矫正 | 右： | 矫正 | 右： | 医师意见： 签名： | | |
| | | 左： | 视力 | 左： | 度数 | 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 | | | | | |
| | 是否口吃 | | | | | | | | |
| 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： | |
| | 营养状况 | | | | | |
| | 心脏及血管 | | | | | |
| | 呼吸系统 | | | | | |
| | 神经系统 | | | | | |
| | 腹部器官 | 肝 | | 其 | | |
| | | 脾 | | 他 | | |
| 其他 | | | | 签名： | | |
| 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。 | | | | 医师意见： 签名： | |
| 仅限申请 幼儿园教 师资格者 检查（必 查项目） | 淋球菌 | | | | 医师意见： | |
| | 梅毒螺旋体 | | | | | |
| | 妇 科 | 滴虫 | | | | 签名： |
| | | 外阴阴道假丝酵母菌 (念球菌) | | | | |
| 胸部透视 | 医师意见： _____ 签名： _____ | | | | | |
| 体检结论 | 根据国家部委颁发的体检文件标准规定，经体检_____格。（由主检医生填写“合”/“不合”字样） 主检医生签名： _____ 体检医院（盖章） 年 月 日 | | | | | |

备注：对于滴虫和外阴阴道假丝酵母菌（念球菌）两项妇科检查采取阴道口取样，不进行侵入性检查。