附件4

[湖南省教师资格认定体检表](http://files.hnedu.cn/53/82/attach/20120612/20120612153313461004.doc" \t "http://jsc.gov.hnedu.cn/c/2016-10-12/_blank)

第 号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | | | 性别 | | | |  | | 婚否 | | | | |  | | | 民族 | |  | | 半身  脱帽  正面  相片 |
| 出生年月 | |  | | | | 身份  证号 | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 最高学历 | |  | | | | 工作  单位 | | | |  | | | | | | | 户籍  所在地 | | |  | | | |
| 现住所及  通讯地址 | |  | | | | | | | | | | | | | | | 申请  资格  种类 | | |  | | | |
| 既往病史  （须明确标明肝炎、结核、皮肤病、性传播疾病、精神病、其他，并受检者确认签字） | | | | | | | | | | | | 受检者签名： | | | | | | | | | | | | |
| 家族病史 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 五  官  科 | 眼 | 视力 | | | 右 | | | | | 矫正视力 | 右 | | | | | | | 辨色力 | | | |  | | 医师意见：    签字： |
| 左 | | | | | 左 | | | | | | |
| 砂眼 | | | 右 | | | | | 其他  眼疾 |  | | | | | | | | | | | | |
| 左 | | | | |
| 耳 | 听力 | | | 右　 　公尺 | | | | | 耳疾 |  | | | | | | | | | | | | |
| 左　　 公尺 | | | | |
| 鼻 | 嗅觉 | | |  | | | | | 鼻及鼻窦疾病 |  | | | | | | | | | | | | |
| 咽喉 |  | | | | | | | | 唇腭 |  | | | | | | 口吃 | | | | |  | |
| 齿 |  | | 龋齿 | | |  | | | | | 缺齿 | | | |  | 齿槽脓漏 | | | | |  | |
| 其他 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 外  科 | 身高 | | cm | | | | | 胸围 | | | | cm | | | | | 皮肤 | | | |  | | | 医师意见：  签字： |
| 体重 | | kg | | | | | 呼吸差 | | | | cm | | | | |
| 淋巴 | |  | | | | | 甲状腺 | | | |  | | | | | 脊柱 | | | |  | | |
| 四肢 | |  | | | | | 关节 | | | |  | | | | | 平嗻足 | | | |  | | |
| 泌尿生殖器 | |  | | | | | | | | | | | | | | 肛门 | | | |  | | |
| 疝 | |  | | | | | | | | | 其他 | | | | |  | | | | | | |
| 内科 | 血压 | | 毫米汞柱 | | | | | | | | | | | | 脉搏 | | | |  | | | | | 医师意见：  签字： |
| 发育及营养状况 | |  | | | | | | | | | | | 神经及精神 | | | | |  | | | | |
| 肺及呼吸道 | |  | | | | | | | | | | | 心脏及血管 | | | | |  | | | | |
| 腹部器官 | |  | | | | | | | 肝 | | | | | | |  | | | | | | |
| 脾 | | | | | | |  | | | | | | |
| 其他 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 认定幼儿园教师资格人员必填 | | | 淋球菌 | | | | | |  | | | | 滴虫 | | | | | | | | | |  | |
| 梅毒螺旋体 | | | | | |  | | | | 外阴阴道假丝酵母菌（念球菌） | | | | | | | | | |  | |
| 化验检查 | | | 贴肝功能化验单  　　　　　　　　　　　　　　化验员（签章）： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 胸部爱克斯线  透　　视 | | | 医师（签章）： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 其他检查 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 检查结论 | | | 认定学科建议：不宜认定体检标准中第二部分  第□□，□□，□□，□□，□□条所列相关学科。  体检结论：（1.合格，2.学科受限，3.不合格）  负责医师（签章）： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 体检医院盖章  年 月 日 | |

注 意 事 项

一、预约分流

为错峰分流，建议申请人提前电话预约。

二、体检医嘱

申请人应在体检前一天保持正常饮食，不要饮酒，不暴饮暴食，避免剧烈运动和情绪激动，注意休息。体检当日清晨空腹禁食水，不化妆，不佩戴贵重饰品，穿着宽松衣服。

三、体检时间及方式

1.体检时间：即日起至10月21日上午12：00。

2.体检方式：

申请人自行下载附件4体检表，A4纸双面打印，完成表中个人基本信息 ，粘好一张本人证件照（与网上申报时上传的电子证件照同底版同要求），在页脚空白处注明本人手机号码。携带本人有效身份证自行前往认定机构指定的体检机构（高中、中职教师资格申请人体检机构为湘西州人民医院老院区健康管理中心。体检截止时间为10月21日。

四、体检结论。

1.高中、中职教师资格申请人完成全部体检项目后，保留体检发票，以便查询。如体检结论异常，由体检医院通知解释，按医嘱复查一次；体检结论合格的，不另行通知，体检表由认定机构统一领取。

2.初中及以下教师资格申请人体检结果按各认定机构的规定执行。

3.体检有效期：教师资格认定体检有效期为半年。2023年4月1日至2023年10月21日进行体检的，在2023年下半年第二次教师资格认定时有效。

五、体检纪律

如发现体检中有冒名顶替现象，一经查实，按弄虚作假、骗取教师资格处理。