

## 附件 1

## 2022 年泰州市教师资格认定体检指定医院一览表

医院名称	医院地址	联系电话
泰州市第二人民医院	泰州市姜堰区健康路 27 号	88113500
泰州市人民医院	泰州市海陵区海陵路 399 号	86606788
泰州市中医院	泰州市海陵区济川东路 86 号 (高架桥下)	86611907
泰州市第四人民医院	泰州市海陵区鼓楼北路 99 号 门诊五楼体检中心	80185329
泰州市中西医结合医院	泰州市江州南路 111 号	13852866800
泰州市第三人民医院	泰州市高港区春港路 98 号门诊 二楼体检中心	13016733084
兴化市人民医院	兴化市英武南路 419 号 门诊三楼体检中心	80260056
泰兴市人民医院	泰兴市人民医院润泰路院区 (润泰路 98 号) 门诊四楼健康管理中心	87026028
靖江市人民医院	靖江市中洲东路 28 号 医院东南角 10 号楼健康管理中 心	84995160

## 附件 2

### 教师资格认定体检须知

根据《关于做好教师资格认定体检工作的通知》等文件要求，申请认定教师资格的人员，均应参加体检。现将有关体检须知通知如下：

1. 请您在规定时间内携带身份证原件和指定的体检表（详见附件 3、4）到指定医院（详见附件 1）参加体检，体检费用自理。（**申请幼儿园教师资格认定申请人员的体检需在现场确认截止日期前 20 天到指定医院进行体检**）现场确认时，需提供有体检结论的体检表。申请人如处于孕期，需主动向医院说明。

2. 为保证血液检验结果准确无误，体检前两天请注意休息，不要参加剧烈运动，不要饮酒，饮食要清淡。参加体检时，请保持空腹，体检开始前 10 小时内不得进食和饮水。

3. 本次体检共有内科、外科、五官科、肝功能、肾功能、血糖、血常规等项目，体检时请注意逐项检查，防止遗漏项目。

4. 体检表中“既往病史”一栏，申请人应如实填写。如有隐瞒严重病情、不符合认定条件者取得教师资格，按弄虚作假、骗取教师资格处理，撤销其教师资格。申请人参加体检，不得冒名顶替，弄虚作假，必须服从医院工作人员指挥，遵守社会公德，在体检过程中不得与体检医生和工作人员纠缠。

5. 如因怀孕等特殊情况申请缓检某些项目的，需主动向医院说明，并提交相关的医学证明和书面申请。

6. 现场确认时，申请人将有体检结论的体检表提交至认定机构。根据规定，体检表由教师资格认定机构归档保存，不退还本人。再次申请教师资格者必须重新体检。

## 江苏省幼儿园教师资格申请人员体检表

体检号

姓名		年龄		性别		照  片	
民族		籍贯		婚否			
现住所				联系电话			
既往病史 (本人如实填写)		1. 肝炎      2. 结核      3. 皮肤病      4. 性传播性疾病 5. 精神病    6. 其他(请注明) _____ 受检者确认签字: _____					
五官科	裸眼视力	左	矫正视力	左	矫正度数	左	医师意见 和签名 眼科
		右		右		右	
	辨色力			眼病			
	听力	左耳	米	右耳	米	其他	耳鼻喉科
	鼻	嗅觉			鼻及鼻窦		
	面部			咽喉			口腔科
	口腔唇腭			齿			
其他							
内科	血压	毫米汞柱		心率	次/分钟		医师意见
	神经及精神						
	发育及营养状况						
	肺及呼吸道						
	心脏及心血管						
	腹部器官	肝					
		脾					
其他						签名	

外科	身高	厘米	体重	千克	医师意见
	淋巴		脊柱		
	四肢		关节		
	皮肤		颈部		
	其他				
胸片 或 胸透	(注：对出现呼吸系统疑似症状者须进行胸片项目检查)				医师签名
心电图					医师签名
化验 检查 (附化 验单)	淋球菌		梅毒螺旋体		医师签名
	ALT		其他项目		
妇科 检查	滴虫				医师签名
	外阴阴道假丝酵母菌				
体检 结论	负责医师签名： 年 月 日				
体检 医院 意见	<p>(请体检医院根据《江苏省教师资格认定体检标准》明确作出合格或不合格结论，不合格的需注明原因。) 为了加强体检结果地区间互认，请体检医院在体检表的结论意见栏必须添加以下文字表述：该同志符合(不符合)江苏省教师资格认定体检标准，体检合格(不合格)。</p> <p style="text-align: right;">(体检医院盖章) 年 月 日</p>				
备注	(进行复检人员需在此注明复检项目和结果，体检医院据此作出是否合格结论，并加盖医院章。)				

(注：本表一式一份，A4纸双面正反打印)

## 江苏省中小学教师资格申请人员体检表

体检号

姓名		年龄		性别		照  片	
民族		籍贯		婚否			
现住所				联系电话			
既往病史 (本人如实填写)		1. 肝炎      2. 结核      3. 皮肤病      4. 性传播性疾病 5. 精神病    6. 其他(请注明) _____ 受检者确认签字: _____					
五官科	裸眼视力	左	矫正视力	左	矫正度数	医师意见 和签名 眼科	
		右		右			
	辨色力			眼病			
	听力	左耳	米	右耳	米	其他	耳鼻喉科
	鼻	嗅觉			鼻及鼻窦		
	面部			咽喉			
	口腔唇腭			齿			口腔科
其他							
内科	血压	毫米汞柱		心率	次/分钟	医师意见	
	神经及精神						
	发育及营养状况						
	肺及呼吸道						
	心脏及心血管						
	腹部器官	肝					
		脾					
其他						签名	

外科	身高	厘米	体重	千克	医师意见
	淋巴		脊柱		
	四肢		关节		
	皮肤		颈部		
	其他				
胸片或胸透	(注：对出现呼吸系统疑似症状者须进行胸片项目检查)				医师签名
心电图					医师签名
化验检查 (附化验单)	血常规		ALT		医师签名
	其他				
体检结论	<p style="text-align: center;">负责医师签名： 年 月 日</p>				
体检医院意见	<p>(请体检医院根据《江苏省教师资格认定体检标准》明确作出合格或不合格结论，不合格的需注明原因。) 为了加强体检结果地区间互认，请体检医院在体检表的结论意见栏必须添加以下文字表述：<b>该同志符合(不符合)江苏省教师资格认定体检标准，体检合格(不合格)。</b></p> <p style="text-align: center;">(体检医院盖章) 年 月 日</p>				
备注	(进行复检人员需在此注明复检项目和结果，体检医院据此作出是否合格结论，并加盖医院章。)				

(注：本表一式一份，A4纸双面正反打印)