

2020 年泰州市面向社会中小学教师资格认定体检 指定医院汇总表

| 序号 | 医院名称 | 医院地址 | 联系电话 |
|----|------------|------------------------------------|-------------|
| 1 | 泰州市中医院 | 济川东路 86 号高架桥下 | 86611907 |
| 2 | 泰州市人民医院 | 泰州市海陵区海陵路 399 号 | 86606788 |
| 3 | 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 |
| 4 | 靖江市人民医院 | 靖江市中洲东路 28 号门诊四楼体检中心 | 84995160 |
| 5 | 兴化市中医院 | 兴化市长安路 75 号 | 82301330 |
| 6 | 泰州市中西医结合医院 | 泰州市江州南路 111 号 | 13852866800 |
| 7 | 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 |
| 8 | 高港中医院 | 高港区柴墟路 4 号（行政办公楼 1 楼体检中心） | 86901172 |
| 9 | 泰州市第二人民医院 | 泰州市姜堰区健康路 27 号 | |

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 | 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 | | | | 签名 |
| 胸片或胸透 | | | | | 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。)</p> <p style="text-align: center;">(体检医院盖章) 年 月 日</p> | | | | |
| 备注 | <p>(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。)</p> | | | | |

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 | 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 | |
| | 鼻 | 嗅觉 | | | 鼻及鼻窦 | | 耳鼻喉科 |
| | 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 | | | | 签名 |
| 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 | (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。) (体检医院盖章) 年 月 日 | | | | |
| 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。) | | | | |