**2019年高校教师资格认定体检安排**

请申请参加2019年度高等学校教师专业技能考试报名的教师，填写《陕西省申请认定教师资格人员体检表》（见附件），经学校审核后发还本人体检时使用。并按以下要求参加体检。

一、体检时间

2019年4月10日-4月15日（周日除外）。根据自身情况选择其中一天参加体检，不得影响学校正常教学秩序。

二、体检地点

西安航天总医院体检中心（西安国家民用航天产业基地吉泰路159号）。

三、体检费用

按体检医院收费标准，需提前在体检中心缴费办理体检手续。

四、注意事项

**1.申报教师体检前请务必先填写体检表并粘贴照片，至行政楼310办公室审核盖章；**

2.体检时注意必须携带本人体检表、身份证原件；

3.在受检前禁食8-12小时，检查后方可进食（抽血前不吃不喝）；

4.怀孕、可能已怀孕及其它情况的女性受检者，请事先告知医护人员，勿做X线等相关检查；

5.体检者应注意着装宽松，适宜体检；

6.体检结果请于4月17日前报送至所在院（系）。

西安航天总医院体检中心联系电话：029-85645018

人事处

2019年4月10日

陕西省申请认定教师资格人员体检表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生 |  年 月 日 | 一寸证件照片（教师资格认定办公室印章） |
| 身份证号 |  | 民族 |  | 婚否 |  |
| 联系电话 |  | 工作单位或毕业学校 |  |
| 现住所及通讯处 |  |
| 既往病史 | 性传播性疾病、皮肤病、心脏病、肾炎、肝炎、关节炎、哮喘、癫痫、结核、精神病等（以上请本人如实填写，对应处划“√”，并写明患病时间。）确认签名： 日期：20 年 月 日 |
| 五官科 | 眼 | 视力 | 左 | 辨色 |  | 医师签字 |
| 右 |
| 矫正视力 | 左 | 其他眼病 |  |
| 右 |
| 耳 | 听力 | 左 米 | 耳疾 |  | 医师签字 |
| 右 米 |
| 口鼻 | 嗅觉 |  | 鼻及鼻窦 |  |
| 口吃 |  | 咽喉 |  |
| 唇颚 |  | 门齿 |  |
| 颜面部 |  | 其他 |  |
| 外科 | 身高 | 公分 | 体重 | 公斤 | 医师签字 |
| 淋巴 |  | 皮肤 |  |
| 四肢 |  | 甲状腺 |  |
| 关节 |  | 胸廓 |  |
| 外貌异常 |  | 脊柱 |  |
| 平跖足 |  | 其他 |  |
| 内科 | 血 压 |  千帕 毫米汞柱 | 医师签字 |
| 心 率（次）/分 |  |
| 发育及营养状况 |  |
| 肺及呼吸道 |  |
| 心 脏 |  |
| 腹部B超 | 肝 |  |
| 脾 |  |
| 神经及精神 |  |
| 其他 |  |
| 心 电 图 |  | 医师签字 |
| 化验检查（另附化验单） | 血液 |  | 化验员签字 | 尿液 |  | 化验员签字 |
| 申请幼儿教师资格 | 淋球菌梅 毒 | （另附化验单）  | 滴虫外阴阴道念珠菌 |  | 医师签字 |
| 胸部X线 | （仅对出现呼吸系统疑似症状者加检） | 医师签字 |
| 体检结论 | （填写合格、不合格、受限结论，不合格和受限的须注明原因。） | 负责医师签 字 |
| 体检医院意 见 |  医院公章 20 年 月 日 |

陕西省教育厅 制

说明：（1）既往病史一栏，必须如实填写，在病名上划“√”，并写明患病时间。如发现有隐瞒严重病史，不符合认定条件者，即使取得资格，一经发现取消教师资格。（2）体检时须携带本人身份证，在教师资格认定机构规定的体检时间空腹到指定医院参加体检。由于本人不按规定时间和要求进行体检，造成不能体检或体检项目不完整的视为体检不合格。（3）各种检验单随表粘贴。