附件1

  **健康体检须知**

**1．体检时间**：2023年6月 19 至 20 日，上午8：00开始（体检人请在上午9：30点前到达体检现场）。

**2．体检地点：**浙江鑫达医院健康管理中心（行政楼体检中心）

**3．注意事项：**

①体检前一日，晚清淡饮食、禁酒，晚8点后禁食，晚10点及次日晨禁水、禁食(可用少量白开水送服原服用药物，降血糖药除外)。

②体检当日，请携带好《浙江省申请教师资格人员体格检查表》及本人身份证到体检中心一楼签到，核对相关信息后按指引进行体检。

③肝功能项目须保持空腹，验血结束后方可进食。抽血后局部请按压5分钟，不要动，避免皮下出血。

④胸部摄片（DR）请不要穿戴有金属饰品等物的内衣，体检中心设有专属更衣室。

**4．报告送达：**体检结束后，将体检指引单交给体检中心二楼导检台工作人员。电子体检报告可以关于“浙江鑫达医院公众号”进行查询，纸质体检报告将由医院统一送达到吴兴区教师资格证办公室。

**5.咨询热线：0572- 2968916**（工作日8:00-11:30，13:30-16:30）

**6.具体地址：**浙江鑫达医院-湖州市南太湖新区鑫行渎港北路（鑫远.太湖健康城桃源居西侧）

**7.车辆停放：**浙江鑫达医院行政楼门口南门广场

**8.公交线路**：25路、62路、50路

 

附件2

浙江省申请中小学教师资格人员体格检查表

（2010年12月修订）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 身份证号码 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 一寸照片 |
| 姓 名 |   | 主检医师意见：签名： |
| 性别 |  | 出生年月 |  |
| 既往病史 | 1.肝炎 2.结核 3.皮肤病 4.性传播性疾病 5.精神病 6.其他： 受检者确认签字：  |
| 眼科 | 裸眼视力 | 右： | 矫正视力 | 右：矫正度数 | 检查者 | 医师意见：签名： |
| 左： | 左：矫正度数 |
| 色觉检查 | 彩色图案及彩色数码检查： 色觉检查图名称： 单色识别能力检查：（色觉异常者查此项）红（ ） 黄（ ） 绿（ ） 蓝（ ） 紫（ ） | 检查者 |
| 眼病 |  |
| 内科 | 血压 | / kpa | 检查者 | 医师意见：签名： |
| 发育情况 |  | 心脏及血管 |  |
| 呼吸系统 |  | 神经系统 |  |
| 腹部器官 | 肝 脾 肾 |
| 其它 |  |
| 外科 | 身高 | 厘米 | 体重 | 千克 | 颈部 |  | 医师意见：签名： |
| 皮肤 |  | 面部 |  | 关节 |  |
| 脊柱 |  | 四肢 |  | 检查者 |
| 其它 |  |
| 耳鼻喉 | 听力 | 左耳 米 | 右耳 米 | 检查者 |  | 医师意见：签名： |
| 嗅觉 |  | 检查者 |  |
| 耳鼻咽喉 |  |
| 口腔科 | 唇腭 |  | 是否口吃 |  | 医师意见：签名： |
| 牙齿 | （齿缺失——————+——————） |
| 其它 |  |
| 胸部透视 医师签名： |
| 肝脏功能 |  | 体检结论 | 主检医师签名：年 月 日（医院盖章） |
| 主检医师意见：签名： |

说明：1.“既往病史”一栏，申请人必须如实填写，如发现有隐瞒严重病史，不符合认定条

件者，即使取得资格，一经发现收回认定资格。2.主检医师作体检结论要填写合格、不合格两种结论，并简单说明原因。

浙江省申请幼儿园教师资格人员体格检查表

（2010年12月制订）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 身份证号码 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 一寸照片 |
| 姓 名 |   | 主检医师意见：签名： |
| 性别 |  | 出生年月 |  |
| 既往病史 | 1.肝炎 2.结核 3.皮肤病 4.性传播性疾病 5.精神病 6.其他： 受检者确认签字：  |
| 眼科 | 裸眼视力 | 右： | 矫正视力 | 右：矫正度数 | 检查者 | 医师意见：签名： |
| 左： | 左：矫正度数 |
| 色觉检查 | 彩色图案及彩色数码检查： 色觉检查图名称： 单色识别能力检查：（色觉异常者查此项）红（ ） 黄（ ） 绿（ ） 蓝（ ） 紫（ ） | 检查者 |
| 眼病 |  |
| 内科 | 血压 | / kpa | 检查者 | 医师意见：签名： |
| 发育情况 |  | 心脏及血管 |  |
| 呼吸系统 |  | 神经系统 |  |
| 腹部器官 | 肝 脾 肾 |
| 其它 |  |
| 外科 | 身高 |  厘米 | 体重 | 千克 | 颈部 |  | 医师意见：签名： |
| 皮肤 |  | 面部 |  | 关节 |  |
| 脊柱 |  | 四肢 |  | 检查者 |
| 其它 |  |
| 耳鼻喉 | 听力 | 左耳 米 | 右耳 米 | 检查者 |  | 医师意见：签名： |
| 嗅觉 |  | 检查者 |  |
| 耳鼻咽喉 |  |
| 口腔科 | 唇腭 |  | 是否口吃 |  | 医师意见：签名： |
| 牙齿 | （齿缺失——————+——————） |
| 其它 |  |
| 胸部透视 医师签名： |
| 化验检查 | 丙氨酸氨基转移酶(ALT) |  | 滴虫 |  | 检查者 |
| 淋球菌 |  | 梅毒螺旋体 |  |
| 外阴阴道假丝酵母菌（念珠菌） |  | 其他 |  |
| 肝脏功能 |  | 体检结论 | 主检医师签名：年 月 日（医院盖章） |
| 主检医师意见：签名： |

说明：1.“既往病史”一栏，申请人必须如实填写，如发现有隐瞒严重病史，不符合认定条件者，即使取得资格，一经发现收回认定资格。滴虫、外阴阴道假丝酵母菌指妇科检查项目。 2. 主检医师作体检结论要填写合格、不合格两种结论，并简单说明原因。