**附件1**

 山西省申请认定幼儿园教师资格人员体检表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 年 龄 |  | 性别 |  | 婚否 |  | 民族 |  | 相片 |
| 籍贯 |  | 现住所 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号码 |  |
| 既 往 病 史 |              本人签字： |
| **以上栏目由申请人填写** |
| 五 官 科 |  裸眼视力  | 右 | 矫正视力 | 右 | 矫正度数 | 右 | 医师意见 签名 |
| 左 | 左 | 左 |
| 辨色力 |  | 眼病 |  |
| 听力 | 左耳             米 | 右耳              米 | 医师意见签名 |
| 耳    疾 |  |
| 鼻 | 嗅 觉 |  | 鼻及鼻窦 |  | 医师意见 签名 |
| 面部 |  | 咽喉 |  |
| 口腔唇腭 |  | 齿 |  |
| 其他 |  | 医师签名 |
| 外 科 | 身高 |            公分 | 体重 |           公斤 | 医师意见   签名 |
| 淋巴 |  | 脊柱 |  |
| 四肢 |  | 关节 |  |
| 皮肤 |  | 颈部 |  |
| 其他 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 内 科 | 血   压 |  | 医师意见     签名 |
| 心脏及血管管 |  |
| 呼吸系统 |  |
| 腹部器官（B超） | 肝 | 脾 | 其  他 |
|  |  |  |
| 神经及精神 |  |
| 妇科检查 | 滴      虫 |  |
| 念  球  菌 |  | 医师签名 |
| 胸部透视 |  | 医师签名 |
| 化验检查（附化验单） | 肝功 | 血糖 | 淋球菌 | 梅毒螺旋体 | 医师签名 |
|  |  |  |  |
|   体检结论   |                                    负责医师签字: |
|   体检医院 意    见   |      体检医院公章         年      月     日 |

说明：1.往病史指心脏病、肝炎、哮喘、精神病、癫痫、结核、皮肤病、性传播性疾病、精神病等病史。本人应如实填写患病时间、治愈等情况，否则后果自负。

2．参加体检者，检查当日须空腹。

3.对出现呼吸系统疑似症状者增加胸片检查项目。

**附件2**

山西省申请认定中小学教师资格人员体检表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 年 龄 |  | 性别 |  | 婚否 |  | 民族 |  | 相片 |
| 籍贯 |  | 现住所 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号码 |  |
| 既 往 病 史 |  本人签字：          |
| **以上栏目由申请人填写** |
| 五 官 科 |  裸眼视力  | 右 | 矫正视力 | 右 | 矫正度数 | 右 | 医师意见 签名 |
| 左 | 左 | 左 |
| 辨 色 力 |  | 眼病 |  |
| 听    力 | 左耳             米 | 右耳              米 | 医师意见签名 |
| 耳    疾 |  |
| 鼻 | 嗅觉 |  | 鼻及鼻窦 |  | 医师意见 签名 |
| 面    部 |  | 咽喉 |  |
| 口腔唇腭 |  | 齿 |  |
| 其    他 |  | 医师签名 |
| 外 科 | 身    高 | 公分 | 体    重 | 公斤 | 医师意见   签名 |
| 淋    巴 |  | 脊    柱 |  |
| 四     肢 |  | 关    节 |  |
| 皮    肤 |  | 颈    部 |  |
| 其    他 |  |
|  | 内 科 | 血   压 |  | 医师意见     签名 |
|  | 心脏及血管管 |  |
|  | 呼吸系统 |  |
|  | 腹部器官（B超） | 肝 | 脾 | 其  他 |
|  |  |  |  |
|  | 神经及精神 |  |
|  | 其他 |  |
|  | 妇科检查 |  | 医师签名 |
|  | 胸部透视 |  | 医师签名 |
|  | 化验检查（附化验单） | 肝功 | 血糖 | 其  他 | 医师签名 |
|  |  |  |  |
|  |   体检结论   |                                      负责医师签字: |
|  |   体检医院 意    见  |     体检医院公章         年      月     日 |

说明：1.既往病史指心脏病、肝炎、哮喘、精神病、癫痫、结核、皮肤病、性传播性疾病等病史。本人应如实填写患病时间、治愈等情况，否则后果自负。

2．参加体检者，检查当日须空腹。

**附件3**

山西省教师资格认定流程图

注：现场确认地点(申报网址)

山西省政务服务网：http://www.sxzwfw.gov.cn

（2024年襄汾县教师资格认定现场确认继续采取“全程网办  不见面审批”的方式进行，具体操作流程详见附件4）。

**附件：4**

**教师资格现场确认网办流程图**











