附件1

云南省申请教师资格人员体检办法

一、为了顺利实施教师资格制度，根据《教师资格条例》及其实施办法，参照高等师范院校、中等师范学校招生工作的有关规定，结合我省实际情况，特制订本标准及办法。

二、参加体检的人员范围：按照我省实施教师资格制度的有关规定，申请各类教师资格人员，除离退休人员外，均需参加体检。

三、体检标准：体检的结论分为合格、不合格两种，凡有下列情况之一者，均为体检不合格。

1．器质性心脏病（风湿性心脏病、先天性心脏病、心肌病、频发性期前收缩、心电图不正常）。

2．血压超过18.66/12kPa(140/90毫米汞柱)，低于11.46/7.4kPa(86/56毫米汞柱)。单项收缩压超过21.33kPa（160毫米汞柱），低于10.66kPa(80毫米汞柱)。舒张压超过12kPa（90毫米汞柱），低于6.66kPa（50毫米汞柱）。

3．结核病未治愈者。

4．支气管扩张病，未治愈者。

5．肝大，质中等硬度以上，肝脾同时触及，肝在肋下2厘米以内，脾在肋下1厘米以内，肝功能不正常；肝在肋下超过2厘米（肝生理性下垂除外）；单纯脾大超过1厘米，肝功能亢进；单纯脾大3厘米以上。

6．有各种恶性肿瘤病史者。各种结缔组织疾病（胶原疾病）。内分泌系统疾病（如糖尿病、尿崩症、肢端肥大症等）。

7．慢性肾炎，未治愈者。

8．癫痫史、精神病史、癔病史、遗尿症、夜游症。

9．肝切除超过一叶；肺不张一叶以上。

10．类风湿脊柱强直；慢性骨髓炎。

11．麻风病患者，未治愈。

12．HIV病毒感染者。

13．青光眼；视网膜、视神经疾病（陈旧性或稳定性眼底疾病除外）。

14．两眼矫正视力之和低于5.0者（体检实施中遇此情况，用标准对数视力表中相应的小数记录法，记录两眼视力之和再折算成5分记录数值）。

15．两耳听力均低于2米。

16．两上肢或两下肢不能运动；两下肢不等长超过5厘米；脊柱侧弯超过4厘米，肌力二级以下；显著胸廓畸形。

17．严重的口吃、口腔有生理缺陷及耳、鼻、喉疾病之一妨碍教学工作者。

18．面部有较大面积疤、麻、血管瘤或白癜风、黑色素痣等。

19．除以上各项外，其它影响教学工作的疾病。

四、体检机构：由各级教师资格管理机构指定的医院负责体检。

五、体检要求  
1．教师资格申请人员体检工作是一项很重要和复杂的工作，各级有关部门要做好宣传教育和组织工作。在体检时，要做好协调、指导、督促检查工作，并负责解决体检中的疑难问题。

2．负责体检任务的医院要安排好一名业务副院长负责，并选调政治思想好、工作责任心强、作风正派、业务水平高的各科医生、护士和工作人员组成。人员安排要注意新老搭配，检查队伍要相对稳定，便于体检工作的顺利进行。

3．体检前应组织全体检查人员认真学习国家的有关规定和“体检标准及办法”等，对负责体检的人员进行必要的培训，制定相应的措施和奖惩制度。

4．体检过程中，体检表、检验单应指定专人传递和集中保管，不准让申请人自带。进行X光胸透时，要指定专人组织，排好顺序逐个对照检查，以防漏检或作弊。

5．参加体检的各科医生对本科所检的项目负责。不要漏填或错填。发现阳性体征，一律如实记入体检表内，不得随意涂改。如确需更正的，应在更改的结果上面横腰划一条横杆，使原来更改的字迹能清晰可见，然后在右边写上更改后的论断或数据，主检医生在更改后要签名，并加盖体检医院公章，以示负责。疾病名称、化验结果及体检结论，均应用中文填写。

6．体检中若发现有疑难问题，应采取集体会诊或进一步检查后再下结论。若因设备条件限制或会诊仍难判断者，到教师资格管理机构指定的上级医院复查。复查时要指派专人陪同，上级医院对体检站的诊断结论否定时，要在诊断证明书上详注复查结果。资格认定申请人员自行取得的任何检查材料，均不得作为资格认定健康状况的依据，拒绝接受。

7．体检工作人员要做好当日检查所需器材、药液和试剂。器械应及时消毒，仪表每日校正，试剂要保证其浓度，确保检查结果的准确。

8．主检医师及时综合各科检查结果，全面检查无误后认真作出“合格”或“不合格”的结论，填写在结论栏内。医院根据体检综合情况，对资格认定健康状况下作出“合格”或“不合格”的结论，加盖公章，并通知申请人员取体检表。

9．对申请人员进行健康检查是一项严肃的工作，体检时各个环节都要把好关，要实事求是，不得弄虚作假，如发现弄虚作假者，除取消本人认定资格外，对责任人要严肃处理。体检医院出现严重问题者，教师资格管理机构要及时取消其体检资格。

10．负责体检的医院要紧密配合，提高效率，体检时间一般不超过七个工作日，情况特殊者要及时告知申请人员。

六、本办法自发文之日起执行。由云南省教师资格认定机构负责解释。

附件2

云南省申请教师资格认定人员体检表

资格种类：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 年龄 | |  | | 性别 |  | | | 婚 否 | | |  | | | 民族 |  | 导入或粘贴照片，与申请认定照片一致。 |
| 籍 贯 |  | 常住地址 | |  | | | | | | | 联系电话 | | | | |  | | |
| 既往病史(本人如实填写) | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | |
| 鼻 | | 嗅 觉 | | |  | | | | 鼻及鼻窦 | | | | |  | | | |
| 面 部 | |  | | | | | 咽 喉 | | | |  | | | | | | |
| 口腔唇腭 | |  | | | | | 齿 | | | |  | | | | | | |
| 其 它 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 它 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |

注：本表A4双面打印

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 内  科 | 营养状况 | |  | 医师意见  签名 |
| 血 压 | |  |
| 心脏及血管 | |  |
| 呼吸系统 | |  |
| 腹部器官 | |  |
| 神经及精神 | |  |
| 其 它 | |  |
| 妇科检查 | |  | | 签名 |
| 胸部透视 | |  | | 签名 |
| 化验检查 | |  | | 签名 |
| 体检结论 | | 负责医生签字： | | |
| 体检医院意见 | | 体检医院公章    年 月 日 | | |

附件3

教师资格证书补发换发申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 | | |  | | 民族 | |  | 本人正面小1寸  免冠照片 |
| 出生年月 |  | 学历 | | |  | | 专业 | |  |
| 身份证号 |  | | | | | | 户籍 | |  |
| 现工作单位 |  | | | | | | 职称 | |  |
| 现职业 |  | 毕业学校 | | | | |  | | |
| 是否应届生 |  | 是否师范教育类 | | | | |  | 联系电话 | |  |
| 原资格种类、学科、证书编号 | | | |  | | | | | | |
| 原发证机关、发证时间 | | |  | | | | | | | |
| 补发换发资格种类、学科、证书编号 | | | | | |  | | | | |
| 申请事由 | □证书遗失需补发 | | | | | | | | | |
| □证书损毁影响使用需换发 | | | | | | | | | |
| 申请人  承 诺 | 以上信息准确，情况属实。因信息有误造成的一切后果由本人承担。  申请人签名： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 以下内容由教育行政部门填写 | | | | | | | | | | |
| 经办人  审核意见 | 有关材料已审核，情况属实。    经办人签名： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 发证机关 审核意见 | 负责人签名：  （公章） 年 月 日 | | | | | | | | | |

注：1.所填个人信息应与原教师资格证书信息一致；

2.本表一式二份，分别存入本人人事档案和发证机关档案。