附件4

体检有关要求

(一)体检对象参加设岗县统一组织的体检环节。

(二)因体检不合格或其他原因出现缺额时，从本县本学段本学科已参加面试的对象中依据总成绩从高分到低分的原则递补体检对象。

(三)不按规定要求进行体检的，视为放弃体检。放弃体检、在体检过程中弄虚作假或者故意隐瞒真实情况的人员，取消其聘用资格。

(四)体检标准

体检按教育部、卫生部、中国残疾人联合会《普通高等学校招生体检工作指导意见》（教学〔2003〕3号）和《教育部办公厅、卫生部办公厅关于普通高等学校招生学生入学身体检查取消乙肝项目检测有关问题的通知》（教学厅〔2010〕2号）规定执行。

(五)体检

体检由设岗县组织实施。设岗县教育行政部门应提前将体检安排通知体检对象，体检对象持本人身份证及设岗县要求提供的其他证件在规定的时间内到指定地点报到，参加设岗县统一组织的体检。体检用表为《湖南省农村义务教育阶段学校特岗教师招聘体检表》（附后）。体检结果由设岗县教育行政部门审核确认后报省教育厅，并通过信息管理系统通知体检对象本人。

**编号：**

湖南省农村义务教育阶段学校

特岗教师招聘体检表

姓 名

招聘县（市区）

户籍所在地

毕业学校

现所在单位

填表日期

湖南省教育厅制

说　　 　明

一、体检在县级教育行政部门指定的县级以上医院进行。

二、体检标准按教育部、卫生部、中国残疾人联合会《普通高等学校招生体检工作指导意见》（教学〔2003〕3号）和教育部办公厅、卫生部办公厅《关于普通高等学校招生学生入学身体检查取消乙肝项目检测有关问题的通知》(教学厅〔2010〕2号)的有关规定执行。传染病和精神病史检查为必检项目。

三、承担体检的医院应当根据上述标准，对被检人员做出身体条件合格或不合格的结论。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | | | | 性别 | |  | | | 婚否 | | | |  | | | | 民族 | | | |  | | 半身  脱帽  正面  相片  医院骑缝章 | | | |
| 出生年月 | |  | | | | | 身份证号 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 最高学历 | |  | | | | | 职业 | |  | | | | | | | 籍贯 | | | |  | | | | | |
| 现住所及  通讯地址 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| 既往病史 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家族病史 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 五  官  科 | 眼 | 视力 | | | | 右 | | | 矫正视力 | | | | 右 | | | | | | | 辩色力 | | | | |  | | | 医师意见： | |
| 左 | | | 左 | | | | | | |
| 砂眼 | | | | 右 | | | 其他眼疾 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 左 | | |
| 耳 | 听力 | | | | 右　　公尺 | | | 耳疾 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 左　　公尺 | | |
| 鼻 | 嗅觉 | | | |  | | | 鼻及鼻窦疾病 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 咽喉 |  | | | | | | | 唇腭 | | | |  | | | | | | 口吃 | | |  | | | | | |  | |
| 齿 | 龋齿 | |  | | | | | 缺齿 | | | |  | | | | | | 齿槽脓漏 | | |  | | | | | |
| 其他 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 签字： | |
| 外  科 | 身高 | cm | | | | | | 胸围 | | cm | | | | | | | | 皮肤 | | | | |  | | | | | 医师意见：  签字： | |
| 体重 | kg | | | | | | 呼吸差 | | cm | | | | | | | |
| 淋巴 |  | | | | | | 甲状腺 | |  | | | | | | | | 脊柱 | | | | |  | | | | |
| 四肢 |  | | | | | | 关节 | |  | | | | | | | | 平嗻足 | | | | |  | | | | |
| 泌尿生殖器 | | | |  | | | | | | | | | | | | | 肛门 | | | | |  | | | | |
| 疝 |  | | | | | | | | | | | | | 其他 | | |  | | | | | | | | | |
| 内  科 | 血　压 | | 毫米汞柱 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 脉搏 | | | |  | | | | 医师意见：  签字： | |
| 发 育 及营养状况 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 神　经  及精神 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 肺　及  呼吸道 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 心　脏  及血管 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 腹 部  器 官 | |  | | | | | | | | | | | | | | 肝 | | | |  | | | | | | | |
| 脾 | | | |  | | | | | | | |
| 其他 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 化验检查 | | | 贴肝功能化验单  　　　　　　　　　　　　　　化验员（签章）： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 胸部爱克斯线透　　视 | | | 医师（签章）： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 其他检查 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 检查结论 | | | 负责医师（签章）： 　　　　　　　　　　　　 医院盖章 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 备　　考 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　 月　　 日