

四川省教育厅

川教函〔2026〕57号

四川省教育厅关于印发 《四川省申请认定教师资格人员体检办法》的通知

各市（州）教育主管部门、各高等学校，省级有关部门：

为严格教师资格准入制度，根据《中华人民共和国教师法》《教师资格条例》《〈教师资格条例〉实施办法》《四川省教师资格制度实施细则》《托儿所幼儿园卫生保健管理办法》（卫生部、教育部令第76号）及《关于进一步规范入学和就业体检项目维护乙肝表面抗原携带者入学和就业权利的通知》（人社部发〔2010〕12号）精神，结合《公务员录用体检通用标准（试行）》和我省实际，我们修订了《四川省申请认定教师资格人员体检办法》，现印发你们，请认真贯彻执行。



四川省申请认定教师资格人员体检办法

为严格教师资格准入制度，根据《中华人民共和国教师法》《教师资格条例》《〈教师资格条例〉实施办法》《四川省教师资格制度实施细则》《托儿所幼儿园卫生保健管理办法》及《关于进一步规范入学和就业体检项目维护乙肝表面抗原携带者入学和就业权利的通知》精神，结合《公务员录用体检通用标准（试行）》和我省实际，特制定本办法。

一、体检对象

在四川省申请认定各级各类教师资格的人员。

二、体检医院

根据教师资格认定权限，申报认定教师资格人员的体检工作，由各级教师资格认定机构指定或认可的二级乙等及以上医疗机构，或者高等学校中具备条件的校（院）医院（附件1）负责。

三、体检标准

《四川省申请认定教师资格人员体检标准》（附件2）。

四、体检用表

《四川省申请认定教师资格人员体检表》（附件3）。

五、组织实施

（一）提高思想认识，加强组织领导

1.体检是教师资格认定的必须环节，体检合格是申请人通过教师资格认定的必要条件。教师资格认定体检涉及申请人员切身利益，各级教育主管部门和高校要高度重视，认真做好宣传工作和组织、指导、协调工作，切实加强体检工作的组织领导。

2.承担体检任务的医疗机构要安排一名具有副主任医师及以上专业技术职务的医师承担主检工作，并选派思想素质好、责任心强、作风正派、业务水平高的医务人员承担体检工作。体检队伍要相对稳定，以确保体检工作的顺利进行。

（二）强化业务培训，落实岗位职责

1.体检医院要在每次体检前，组织体检医务人员认真学习本体检办法，做好业务培训。

2.主检医师应具有副主任医师及以上专业技术职称，负责作出申请人是否合格的体检结论。参加体检的各科医师要对本科所检项目负责，如发现阳性体征，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杠，使原来的字迹清晰可见，然后在右边写上更改后的诊断或数据，经检查医师签名，并加盖医院公章或体检专用章。

3.体检医院要提前准备好当日检查所需的器材、药液和试剂。器械应及时消毒，仪表要按期校正，试剂要保证其浓度，确保检查结果的准确。

（三）规范操作流程，确保公平公正

1.体检工作必须严格遵守工作纪律和操作规程，严防弄虚作假。一旦发现弄虚作假的，取消申请人教师资格认定资格，并对相关责任人严肃处理；体检医院出现严重问题的，相关教师资格认定机构要及时取消其体检资格。

2.体检中发现疑难问题，应采取专家集体会诊或进一步检查后由主检医师再做出结论。若因设备条件限制或会诊仍难判断者，应到教师资格认定机构指定或认可的其他三甲医院复查。

3.复查时体检机构仅对需复查科目进行复查，并使用原体检表。接受复查的体检机构应严格核验身份，确保复查结果真实可信。复查医院否定原体检机构的相应科目诊断结论时，要在相应科目诊断书上详细注明复查结果，情况特殊者要及时告知申请人。复查结果须反馈至原体检医院，由原体检医院根据复查结果作出最终体检结论。

4.现场确认提交的体检表由教师资格认定机构归档保存，不退还本人；网上确认上传的体检表原文档由本人妥善保存。如个别项目需复检，暂不给出体检结论，待复检结果出来后方可完成体检结论。

5.负责体检的医疗机构要紧密配合，提高效率，体检的时间一般不超过七个工作日，若有特殊情况应及时告知申请人。

6.体检结论分为合格、不合格两种，体检结论有效期 6 个月。

六、体检费用

申请认定教师资格人员体检费用，由负责体检工作的医院按照物价部门核定的收费标准向申请人收取。医院须向申请人公布体检收费标准。

七、其他事宜

本办法由教育厅负责解释，自 2026 年 4 月 20 日起施行，有效期 5 年，原有的体检办法和标准同时废止。

- 附件：
- 1.具备体检条件的高等学校医院名单
 - 2.四川省申请认定教师资格人员体检标准
 - 3.四川省申请认定教师资格人员体检表

附件 1

具备体检条件的高等学校医院名单

下列高等学校医院，可承担申请认定教师资格人员的体格检查工作：

四川大学望江医院	四川大学华西保健医院
西南交通大学医院	西南财经大学医院
电子科技大学医院	西南民族大学医院
四川师范大学医院	成都理工大学医院
成都体育学院医院	西华大学医院
西南石油大学医院	绵阳师范学院校医院
西南科技大学医院	西华师范大学医院
中国民用航空飞行学院医院	

附件 2

四川省申请认定教师资格人员体检标准

一、凡有下列情况之一者，视为教师资格体检不合格

- 1.严重的口吃、声音嘶哑，口腔有生理性缺陷并妨碍发音，影响教学工作者。
- 2.四肢有残缺，借助辅助工具仍不能独立活动，且无法板书书写者。
- 3.双耳均有听力障碍，在使用人工听觉装置情况下，双耳在3米以内仍听不见正常讲话者。
- 4.双眼中好眼最佳矫正视力低于4.5（小数视力0.3）者。
- 5.轻度色觉异常（俗称色弱）和色觉异常Ⅱ度（俗称色盲），申请幼儿园教师资格或任教学科为学前教育、心理学者。色觉异常Ⅱ度（俗称色盲），申请任教学科为美术类、艺术设计类，以及生物、化学、医学等以颜色作为技术指标和实验数据的相关学科者。
- 6.暴露部位（头面部、颈部、双手及手腕、膝关节下至踝关节）有较大面积（3×3厘米及以上）文身者。

二、凡有下列疾病者，视为教师资格体检不合格

- 7.重症或难治性癫痫病、癔症、夜游症、严重神经官能症、

严重抑郁症、精神病、精神活性物质滥用和依赖者。

8.各种性传播疾病,包括淋病、梅毒、非淋菌性尿道炎、AIDS及其病毒携带者、尖锐湿疣等。

9.结核病不合格。但下列情况合格:

(1)原发性肺结核、继发性肺结核、结核性胸膜炎,临床治愈后稳定1年无变化者;

(2)肺外结核病:肾结核、骨结核、腹膜结核、淋巴结核等,临床治愈后1年无复发,经专科医院检查无变化者。

10.慢性肝炎且肝功能明显异常、肝硬化者,不合格(原川教〔2010〕26号规定不再执行)。

11.血压大于140/90mmHg或者小于90/60mmHg,并伴有器质性改变者,具体情况可由体检医院认定。

12.各种器质性心脏病伴心功能不全者,不合格;先天性心脏病不需手术治疗者或经手术治愈者,合格。

遇有下列情况之一的,排除病理性改变,合格:

(1)频发期前收缩;

(2)心率每分钟小于50次或大于110次;

(3)心电图有异常的其他情况。

13.慢性支气管炎伴阻塞性肺气肿、严重支气管扩张、严重支气管哮喘,不合格。

14.各种原因引起的严重肾功能不全者,不合格。

15.糖尿病伴心、脑、肾、眼及末梢循环等其他器官功能严重受损，尿崩症、肢端肥大症等内分泌系统疾病，不合格。甲状腺功能亢进治愈后1年无症状和体征，合格。

16.红斑狼疮、皮炎和多发性肌炎、硬皮病、结节性多动脉炎、类风湿性关节炎（关节明显变形者）等各种弥漫性结缔组织疾病，大动脉炎，不合格。

17.恶性肿瘤，不合格（经治疗医院出具材料证明已治愈或病情稳定、不影响教育教学工作者除外）。

18.严重血液系统疾病，不合格。非恶性肿瘤引起缺铁性贫血，轻型地中海贫血，合格。

19.晚期血吸虫病，晚期丝虫病伴有橡皮肿或有乳糜尿，不合格。

20.严重下肢血管疾病影响站立或行走的，不合格（经手术治愈者除外）。

21.未纳入体检标准，影响正常履行职责的其他严重疾病，不合格。

三、附加检查项目

22.申请认定幼儿园教师资格，增加淋球菌、梅毒螺旋体、滴虫、外阴道假丝酵母菌（念珠菌）（后两项指妇科）检查，阳性为不合格。

四、免除检查项目

23.持有《中华人民共和国残疾人证》且核定为视力残疾、听力残疾（含听力合并言语残疾）、言语残疾者，申请认定特殊教育教师资格，免予视力、听力项目检查。

24.怀孕人员持有怀孕证明材料经指定或认可医院确认后，或在指定医院检查确诊怀孕后，免予放射科项目检查，体检结论为合格（若其余项目无异常），无需补检。

附件 3

四川省申请认定教师资格人员体检表

姓名		性别		出生年月		婚否		(相片)近期免冠彩照												
文化程度		民族		联系电话																
籍贯		现住址																		
申请教师资格种类					申请任教学科															
<p>疾病史:</p> <p>1.你是否患过下列疾病: 患过√、没有患过×, 如故意隐瞒, 责任自负。</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1.1 肝炎、肺结核、其他传染病 <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 50%;">1.2 精神神经疾病 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1.3 心脑血管疾病 <input type="checkbox"/></td> <td>1.4 消化系统疾病 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1.5 肾炎、其他泌尿系统疾病 <input type="checkbox"/></td> <td>1.6 贫血及血液系统疾病 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1.7 糖尿病及内分泌疾病 <input type="checkbox"/></td> <td>1.8 恶性肿瘤 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1.9 性病 <input type="checkbox"/></td> <td>1.10 免疫系统疾病 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1.11 其他慢性病 <input type="checkbox"/></td> <td>1.12 吸毒史 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>2.请详细写出所患疾病的病名及目前情况。</p> <p>3.你是否有口吃、听力或其他生理上的缺陷?</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">我特此申明保证: 以上我所填写的内容正确无误。</p> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">签 名: _____ 年 月 日</p>									1.1 肝炎、肺结核、其他传染病 <input type="checkbox"/>	1.2 精神神经疾病 <input type="checkbox"/>	1.3 心脑血管疾病 <input type="checkbox"/>	1.4 消化系统疾病 <input type="checkbox"/>	1.5 肾炎、其他泌尿系统疾病 <input type="checkbox"/>	1.6 贫血及血液系统疾病 <input type="checkbox"/>	1.7 糖尿病及内分泌疾病 <input type="checkbox"/>	1.8 恶性肿瘤 <input type="checkbox"/>	1.9 性病 <input type="checkbox"/>	1.10 免疫系统疾病 <input type="checkbox"/>	1.11 其他慢性病 <input type="checkbox"/>	1.12 吸毒史 <input type="checkbox"/>
1.1 肝炎、肺结核、其他传染病 <input type="checkbox"/>	1.2 精神神经疾病 <input type="checkbox"/>																			
1.3 心脑血管疾病 <input type="checkbox"/>	1.4 消化系统疾病 <input type="checkbox"/>																			
1.5 肾炎、其他泌尿系统疾病 <input type="checkbox"/>	1.6 贫血及血液系统疾病 <input type="checkbox"/>																			
1.7 糖尿病及内分泌疾病 <input type="checkbox"/>	1.8 恶性肿瘤 <input type="checkbox"/>																			
1.9 性病 <input type="checkbox"/>	1.10 免疫系统疾病 <input type="checkbox"/>																			
1.11 其他慢性病 <input type="checkbox"/>	1.12 吸毒史 <input type="checkbox"/>																			
查体部分																				
内科	血压	mmHg		心率	次/分															
	营养状况			心脏及血管																
	呼吸系统			腹部器官																
	神经及精神			其他																
					医师签字															
外科	身高	厘米		体重	公斤															
	浅表淋巴			脊柱 四肢关节																
	皮肤			颈部																
	其他			医师签字																

五官科	眼科	裸眼视力	右	矫正视力	右	
			左			左
		色觉检查（彩色图案及编码）				
		单颜色识别（红、绿、紫、蓝、黄）				
		其他		医师签字		
	耳鼻喉科	听力	左耳	米	右耳	米
嗅觉				鼻及鼻窦疾病		
口吃、发音				医师签字		
化验检查	血常规		小便常规			
	血糖		总胆红素			
	肝功：ALT		AST			
	总蛋白		白蛋白			
	肾功：尿素氮		肌酐			
心电图				医师签字		
B超				医师签字		
胸部 X 光片				医师签字		
申请认定幼儿园教师资格加测	淋球菌		梅毒螺旋体			
	滴虫		外阴道假丝酵母菌（念珠菌）			
	注：对于滴虫和念珠菌两项妇科检查项目未婚女性采取阴道口取样。		医师签字			
体检结论及建议	（填写合格、不合格结论，不合格的须注明原因。）					
	主检医师签字		体检医院公章 年 月 日			

说明：1.疾病史内容由受检者如实填写，查体部分由体检医师填写。

2.填表请用蓝色或黑色签字笔，字迹清楚。

信息公开选项：主动公开