**2017年普通高等学校招生考生体格检查表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **填**  **涂**  **说**  **明** | 1.请用黑色墨水笔填写；  2.公章请盖在虚线圆框内；  3.书写框“□”内，仅能填写一位数字，不能填写中文；  4.每框一字，不得连笔，每字必须大于框的2/3，且不得出框；  5.如发生填写错误，请用涂改液修改后再填写。 | | | | | | | | | | | | | | | | **填写样例：**  0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 身份证号 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 体检序号 | | | | | |  | | | | 免冠二寸彩照 | |
| 姓 名 | | | |  | | 性别 | | | | | |  | | | | | | 婚否 | | | | | |  | | | | | | |
| 既往病史  (由考生本人如实填写) | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 眼  科 | | 裸 眼  视 力 | 右□.□ | | | | 矫 正  视 力 | | | 右□.□ | | | | | | | | | | | | 矫正度数□□□□ | | | | | | | | | | 体检医师签名： |
| 左□.□ | | | | 左□.□ | | | | | | | | | | | | 矫正度数□□□□ | | | | | | | | | |
| 色 觉  检 查 | 彩色图案及彩  色数码检查： | | □（1正常，2其它） | | | | | | | | | | | | | | 色觉检查图名称：□（1喻自萍，2其它） | | | | | | | | | | | | |  |
| 单色识别能力检查：(色觉异常者查此项) （能识别填1，不能识别填0）  红□ 黄□ 绿□ 蓝□ 紫□ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 眼 病 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 内  科 | | 血 压 | □□.□/□□.□ Kpa | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 体检医师签名： |
| 发育情况 | □ (1良，2中，3差) | | | | | | | | | | | 心脏及血管 | | | | | | | | | □ （1正常，2其它） | | | | | | | | |
| 呼吸系统 | □ （1正常，2其它） | | | | | | | | | | | 神经系统 | | | | | | | | | □ （1正常，2其它） | | | | | | | | |
| 腹部器官 | 肝□厘米，性质□（1正常，2其它） | | | | | | | | | | | | | | | | | 脾□厘米，性质□（1正常，2其它） | | | | | | | | | | | |
| 其 他 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 外  科 | | 身 高 | □□□厘米 | | | | | | | | | | | | 体 重 | | | | | | | □□□千克 | | | | | | | | | | 体检医师签名： |
| 皮 肤 | □（1正常，2其它） | | | | | 面 部 | | | □（1正常，2其它） | | | | | | | | | | | | | | 颈 部 | | | □（1正常，2其它） | | | |
| 脊 柱 | □（1正常，2其它） | | | | | 四 肢 | | | □（1正常，2其它） | | | | | | | | | | | | | | 关 节 | | | □（1正常，2其它） | | | |
| 其 他 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 耳鼻  喉  科 | | 听 力 | 左耳（耳语） □米 | | | | | | | | | | 右耳（耳语） □米 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 体检医师签名： |
| 嗅 觉 | □（1正常，0迟钝） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 耳鼻咽喉 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口  腔  科 | | 唇 腭 | □（1正常，2其它） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 是否口吃 | □  （1否，0是） | | 体检医师签名： |
| 牙 齿 | (齿缺失—————+—————— ) □（1正常，2其它） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 其 他 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 肝 功能 | | 体检结论 | 转氨酶□ （1正常，2其它） | | | | | | | | | | | | | 乙肝表面抗原 | | | | | | | | | | □（1正常，2其它） | | | | | | 体检医师签名： |
| 其 他 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 胸部透视 | | | □（1正常，2其他） | | | | | | 其他 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | 体检医师签名 | | |
| 体 体  检 检  医 站  院 意  或 见 | | | 该生：属于《普通高等学校招生体检工作指导意见》（以下简称《指导意见》）第一部分第□，□，□，□，□，□ 条所列情形，学校可以不予录取；不宜报考《指导意见》中第二部分第□，□，□，□，□，□条所列专业；不宜就读《指导意见》中第三部分第□，□，□，□，□，□ 条所列专业。  **主检医师签名：** **体检医院或体检站（章）**  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |