**2019年滁州学院对口招生体育教育专业**考生体检表

考生号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓　　名 | |  | | | | 性别 |  | | 出生　　年　月　日 | | | | | | | 婚否 | |  | | 免冠一寸彩照 |
| 文化程度 | |  | | | | 民族 | | |  | | | | 职业 | |  | | | | |
| 籍　　贯 | |  | | | | 现住所及  通　讯　处 | | | |  | | | | | | | | | |
| 原毕业学校或工作单位 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 既往病史 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 眼　　　　　　　　科 | | 裸眼视力 | | | 右 | | | 矫正视力 | | | | 右　　　　　　　矫正度数 | | | | | 检查者 | | 医师意见  签名： | |
| 左 | | | 左　　　　　　　矫正度数 | | | | |
| 色　觉　检　查 | | | 彩色图案及彩色数码检查：  色觉检查图名称：（　　　　　　　　）  单色识别能力检查：（色觉异常者填此项）  红（　）黄（　）绿（　）蓝（　）紫（　） | | | | | | | | | | | | 检查者 | |
| 眼病 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 耳鼻喉科 | | 听力 | | | 左耳　　米 | | | | | | | 右耳　　米 | | | | | 检查者 | | 医师意见：  签名： | |
| 嗅觉 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 耳鼻咽喉 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 科腔口 | | 唇腭 | | |  | | | | | | | | | | | | 检查者 | | 医师意见：  签名： | |
| 牙齿 | | | （齿缺失　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 其它 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 外科 | 身高　　　　　厘米　　　体重　　　　　千克 | | | | | | | | | | | | | | | | 检查者 | | 医师意见  签名： | |
| 皮　肤 | |  | | | | | | | | 面　部 | | |  | | |
| 颈　部 | |  | | | | | | | | 脊　柱 | | |  | | |
| 四　肢 | |  | | | | | | | | 关　节 | | |  | | |
| 其　它 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 内　　　科 | 血压　　　／　　　Ｋｐａ（　　　ｍｍ　Ｈｇ） | | | | | | | | | | | | | | | | 检查者 | | 医师意见  签名： | |
| 发育情况 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 心　脏  及血管 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 呼吸系统 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 神经系统 | | | 口吃（　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 腹部器官 | | | 肝　　　　　厘米　　　性质　　　　　肾  脾　　　　　厘米　　　性质 | | | | | | | | | | | | |
| 其　　它 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 胸部透视 | | | | 医师签字： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 化　　验  检　　查  （要附化  　验单据　） | | | | ………………………………  （血常规、肝功能化验单粘贴处） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 体检单位意见 | | | | （盖章） | | | | | | | | | | | | | | | | |