

附件3:

## 滁州学院 2024 年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		
		左		左 矫正 度数				
	色 觉 检 查	彩色图案及彩色数码检查: _____					检查者	
	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 ( )							签名:
眼病								
耳 鼻 喉 科	听力	左耳____米		右耳____米		检查者	医师意见:	
	嗅觉							签名:
	耳鼻 咽喉							
口 腔 科	唇腭					检查者	医师意见:	
	牙齿	(齿缺失_____)						签名:
	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      /      K p a (      m m H g )			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 )	<p>.....</p> <p>(血常规、肝功能化验单粘贴处)</p>					
体检单位意见	(盖章)					