2020年江苏省普通高等学校招生考生体格检查表

市

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 毕业中学 | | |  | | | | | | 体检序号 | | | |  | | | | 病史标志 | | |  | |  |
| 姓 名 | | |  | | 性别 | |  | | 出生年月 | | | |  | | | | | | | | |
| 既往病史  （此 栏 由 考生如实填  写） | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 照 片 |
| 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 | | | 彩色图案及色觉检查  单 色 识 别 检 查（１－ 能 识 别 ，２－ 不 能 识 别）  红 黄 绿 蓝 紫 | | | | | | | | | | | | | | | 检查者 | | |
| 其他内容 | | |  | | | | | | | | | | | | 检查者 | | |  | | |
| 内          科 | 血 压 | | | ／　 　 　 　 　ｋｐａ | | | | | | | | | | | | 检查者 | | |  | | | 医师意见  签名 |
| 心脏及血管 | | |  | | | | | | | | 发育情况 | | | |  | | | | | |
| 呼吸系统 | | |  | | | | | | | | 神经系统 | | | |  | | | | | |
| 腹部器官 | | | 肝 脏 厘 米，肝 性 质 | | | | | | | | | | 脾 脏 厘 米 ，脾 性 质 | | | | | | | |
| 其他内容 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | |  | |
| 其他内容 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 耳  鼻  喉  科 | 听 力 | | | 左 耳（耳 语） 米 右 耳（耳 语） 米 | | | | | | | | | | | | 检查者 | | |  | | | 医师意见  签名 |
| 嗅 觉 | | |  | | | | | | | | | | | | 检查者 | | |  | | |
| 其他内容 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口  腔  科 | 唇 腭 | | |  | | | | | | | | | | | 是 否  口 吃 | | |  | | | | 医师意见  签名 |
| 牙 齿 | | |  | | | | | | | | | | |
| 其他内容 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 肝  功  能 | 转 氨 酶 | | |  | | | | | | 乙肝表面抗原 | | | | | |  | | | | | | 医师意见  签名 |
| 其他内容 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 胸部透视 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 医师意见 | |
| 体 检  医 院  意 见 | | 报考专业建议  一 、学校可以不予录取\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 条 四 、合 格（ ）    二 、学校有关专业可以不予录取\_\_\_\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_\_\_\_条 （任 何 专 业 不 限）  \_\_  三 、不宜就读的专业\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_\_\_\_\_条  （注：当二，三条中结论超过５个时，应由主检医师 主检医\_师签名 ： 体检医院签章  去掉较轻的，只保留５个结论，以便输入）。 　 2020 年 　 月 　 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

县（区）

身份证号