

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： 0123456789									
	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	□		体检医师签名：									
	牙 齿	(齿缺失————) □ (1 正常，2 其它)							(1 否，0 是)											
	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 检 医 生 站 意 见 或		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																		