**附件2 体检表（附肝功能化验单）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 体检序号 | □□□□ | 婚否 |  | 照片 |
| 毕业学校或考生单位名称 |  | 出生□□年□□月□□日 |
| 既往病史(由考生本人如实填写) | 既往病史：□（1无，0有） |
| 眼科 | 裸 眼视 力 | 右□.□ | 矫 正视 力 | 右□.□ 矫正度数□□□□ | 检查者： | 医师意见□1．合格2．专业受限3．不合格（以下医师意见的填涂类同）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） | 检查者：医师签名： |
| 单色识别能力检查： (色觉异常者查此项)  | 红□ 黄□绿□蓝□紫□（能识别填1，不能识别填0） |
| 眼 病 |  |
| 内科 | 血 压 | □□.□/□□.□ Kpa | 检 查 者 |  | 医师意见□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 它 |  |
| 外科 | 身 高 | □□□厘米 | 体 重 | □□□千克 | 检查者 |  | 医师意见□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 它 |  |
| 耳鼻喉科 | 听 力 | 左耳（耳语） □米 | 右耳（耳语） □米 | 检查者 |  | 医师意见□医师签名： |
| 嗅 觉 | □（1正常，0迟钝） | 检查者 |  | 耳鼻咽喉 |  |
| 口腔科 | 唇 腭 | □（1正常，2其它） | 是否口吃 □ （1否，0是） | 医师意见□医师签名： |
| 牙 齿 | (齿缺失——————————+——————————) □（1正常，2其它） |
| 其 它 |  |
| 胸部透视 | □（1正常，2其它） | 其它 | 医师意见□ 医师签名： |
| 体 体检 检医 站院 意或 见 | 根据普通高校（中专）招生体检工作指导意见规定第一部分□、□、□、□、□、□ 学校可以不予录取第二部分□、□、□、□、□、□ 所列专业不予录取第三部分□、□、□、□、□、□ 所列专业不予录取体检结论：□（1合格 2专业受限 3不合格）  **体检医院或体检站（盖章）** 年 月 日 |