**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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |