

附件2:

保送录取运动员考生体格检查表

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:

身份证号		联系电话		一寸彩色免冠照片			
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	右□.□	矫正度数□□□□	体检医师签名:	
	视力	左□.□	视力	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)			
	眼病	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□					
内科	血压	□□.□/□□.□Kpa 或 □□□.□/□□□.□mmHg				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	□ (1 否, 0 是)	体检医师签名:
	牙齿	(齿缺失—————) □ (1 正常, 2 其它)					
	其他						
肝功能	体检结论	转氨酶□ (1 正常, 2 其它) (若转氨酶勾选为其它, 请于下栏其他项写明原因)				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		
体检医院意见	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	