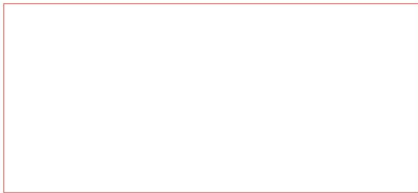


# 江西省2020年普通高等学校招生考生体格检查表



		考生号: <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>											
		姓名: <input type="text"/>				性别: <input type="text"/>		病史标志: <input type="checkbox"/> (1无, 0有)		体检序号: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
		既往病史(此栏由考生如实填写, 不得空白)											
眼	裸眼视力	右	<input type="text"/>	矫正视力	右	<input type="text"/>	矫正度数	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	检查者: <input type="text"/>	医师意见: <input type="checkbox"/>
		左	<input type="text"/>		左	<input type="text"/>	矫正度数	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
	色觉检查	彩色图案及彩色数码检查: <input type="checkbox"/> (1正常, 2其他)										检查者: <input type="text"/>	1合格 2专业受限 3不合格 (以下医师意见的填写类同)
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 <input type="checkbox"/> 黄 <input type="checkbox"/> 绿 <input type="checkbox"/> 蓝 <input type="checkbox"/> 紫 <input type="checkbox"/>													
眼病											检查者: <input type="text"/>	医师意见: <input type="checkbox"/>	
内科	血压	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg					检查者: <input type="text"/>					医师意见: <input type="checkbox"/>	
	发育情况	<input type="checkbox"/> (1良, 2中, 3差)				心脏及血管	<input type="checkbox"/> (1正常, 2其他)						
	呼吸系统	<input type="checkbox"/> (1正常, 2其他)				神经系统	<input type="checkbox"/> (1正常, 2其他)						
	腹部器官	肝 <input type="text"/> 厘米, 性质 <input type="checkbox"/> (1正常, 2其他)				脾 <input type="text"/> 厘米, 性质 <input type="checkbox"/> (1正常, 2其他)							
	其他												
外科	身高	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 厘米		体重	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 千克		检查者: <input type="text"/>					医师意见: <input type="checkbox"/>	
	皮肤	<input type="checkbox"/> (1正常, 2其他)		面部	<input type="checkbox"/> (1正常, 2其他)		颈部	<input type="checkbox"/> (1正常, 2其他)					
	脊柱	<input type="checkbox"/> (1正常, 2其他)		四肢	<input type="checkbox"/> (1正常, 2其他)		关节	<input type="checkbox"/> (1正常, 2其他)					
	其他												
耳鼻喉科	听力	左耳(耳语) <input type="text"/> <input type="text"/> 米			右耳(耳语) <input type="text"/> <input type="text"/> 米			检查者: <input type="text"/>					医师意见: <input type="checkbox"/>
	嗅觉	<input type="checkbox"/> (1正常, 0迟钝)					检查者: <input type="text"/>						
	耳鼻咽喉												
口腔科	唇腭	<input type="checkbox"/> (1正常, 2其他)					是否口吃 <input type="checkbox"/> (1否, 0是)					医师意见: <input type="checkbox"/>	
	牙齿	(齿缺失 -----) <input type="checkbox"/> (1正常, 2其他)											
	其他												
胸部透视	<input type="checkbox"/> (1正常, 2其他)		其他: <input type="text"/>			检查者: <input type="text"/>					医师意见: <input type="checkbox"/>	签名: <input type="text"/>	
肝功能	<input type="checkbox"/> (1正常, 2其他)		转氨酶值: <input type="text"/> U/L (0-40U/L)					检查者: <input type="text"/>					医师意见: <input type="checkbox"/>
	其他: <input type="text"/>												签名: <input type="text"/>
体体检医站院意或见	<p>根据检查结果和“普通高等学校招生体检工作指导意见”(以下简称“指导意见”), 体检结论为:</p> <p>合格 <input type="checkbox"/>.</p> <p>不合格 <input type="checkbox"/>: 见“指导意见”一、<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>.</p> <p>专业受限 <input type="checkbox"/>: 见“指导意见”二、<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>.</p> <p>专业不宜 <input type="checkbox"/>: 见“指导意见”三、<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>.</p>												
填涂 正确 <input type="checkbox"/> 错误 <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 样例 填涂 <input type="checkbox"/> 填涂 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		(请用黑色签字笔填涂并且填满相应方框)										体检医院或体检站(章)	年 月 日