附件4

2020年黑龙江省高职扩招专项招生考生体格检查表

市(行署)： 县（市、区）： 科类：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 报 名 号 |  | 体检序号 |  |  |
| 姓 名 |  | 性 别 |  |
| 既往病史(此栏由考生如实填写) |  |
| 眼科 | 裸眼视力 | 右 | 矫正视力 | 右 矫正度数  | 检查者 | 医师意见：签名： |
| 左 | 左 矫正度数 |
| 色觉检查 | 彩色图案及彩色数码检查：色觉检查图名称：（ ）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 | 检查者 |
| 眼 病 |  |
| 内科 | 血 压 |  / kpa | 检查者 |  | 医师意见：签名： |
| 发育情况 |  | 心脏及血管 |  |
| 呼吸系统 |  | 神经系统 |  |
| 腹部器官 |  肝：厘米 性质： ；脾：厘米 性质： |
| 其 他 |  |
| 外科 | 身 高 | 厘米 | 体重 |  千克 | 检查者 |  | 医师意见：签名： |
| 皮 肤 |  | 面部 |  | 颈 部 |  |
| 脊 柱 |  | 四肢 |  | 关 节 |  |
| 其 他  |  |
| 耳鼻喉科 | 听 力 | 左耳(耳语) 米 | 右耳(耳语) 米 | 检查者 |  | 医师意见：签名： |
| 嗅 觉 |  | 检查者 |  |
| 耳鼻咽喉 |  |
| 口腔科 | 唇 腭 |  | 是 否口 吃 |  | 医师意见：签名： |
| 牙 齿 | (齿缺失 | ） |
| 其 他 |  |  |
| 胸 部 透 视 |  | 医师意见：签名： |
| 肝功能化验结论 | 转氨酶(A.L.T)化验结论： | 医师意见：签名： |
| 体检结论：主检医师签名：体检医院或体检站（章） 年 月 日 | 考生应避开受限专业报考：受限的专业：《指导意见》中第二部分第 ， ， ， ， ， 条 | 考生同意体检结论签名： |