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： |