

2017年山西省普通高等学校招生考生体格检查表

	考生号	□□□□□□□□□□□□□□□□				县(市、区)					
	姓名			性别			病史标志	□ (1无,0有)	体检序号	□□□□	
	既往病史(须如实填写)										
注意: 贴数码照片											
以下内容由体检医院(站)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: <input type="checkbox"/> 1.各专业均可录取。 2.有关专业可不录取。 3.各专业可不录取。 (以下医师意见的填涂类同) 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其他)		色觉检查		□ (1喻自萍,2其他)			检查者:
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□											
眼病											
内 科	血压	□□□/□□□ kpa				检查者		医师意见: <input type="checkbox"/> 签名:			
	发育情况	□ (1良,2中,3差)			心脏及血管	□ (1正常,2其他)					
	呼吸系统	□ (1正常,2其他)			神经系统	□ (1正常,2其他)					
	腹部器官	肝□厘米,性质□ (1正常,2其他)			脾□厘米,性质□ (1正常,2其他)						
其它											
外 科	身高	□□□厘米		体重	□□□ 千克		检查者		医师意见: <input type="checkbox"/> 签名:		
	皮肤	□ (1正常,2其他)		面部	□ (1正常,2其他)		颈部	□ (1正常,2其他)			
	脊柱	□ (1正常,2其他)		四肢	□ (1正常,2其他)		关节	□ (1正常,2其他)			
	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: <input type="checkbox"/> 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其他)				是否口吃		□ (1否,0是)			
	牙齿	(齿缺失 ————) □ (1正常,2其他)				检查者		医师意见: <input type="checkbox"/> 签名:			
	其他										
胸部透视	□ (1正常,2其他)		其他								
肝 功 能	转氨酶 □ (1正常,2其他)									医师意见: <input type="checkbox"/>	
	其他									签名:	
体 检 医 院 或 建 议	根据《普通高等学校招生体检工作指导意见》中第二部分 患有第□, □, □, □, □, □条疾病者,有关专业可不予以录取。 体检结果: □ (1各专业均可录取。2有关专业可不录取。3各专业可不录取。)									体检医院或体检站(章) 年 月 日	

报考普通高等学校的考生均应进行转氨酶（A.L.T）检验，如转氨酶异常，可进一步明确诊断。检验结果粘贴于下栏。

化
验
单
粘
贴
处

体
检
备
注

参考字体 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

- 填写说明
1. 请用黑色墨水笔填写；2. 公章请在虚线圆圈内盖；
 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，请在框的附近直接改写。