

宁夏回族自治区 普通高等学校招生考生体格检查表

一寸免冠照片		考生号: _____			体检序号: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			条码区
		姓名: _____		性别: _____		病史标志: <input type="checkbox"/> (1无, 0有)		
		既往病史(此学实生如实填写)						
眼 科	裸眼视力	右 <input type="text"/> <input type="text"/>	矫正视力	右 <input type="text"/> <input type="text"/>	矫正度数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	检查者: _____	医师意见: 签名: _____
		左 <input type="text"/> <input type="text"/>		左 <input type="text"/> <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)			色觉检查图名称: <input type="checkbox"/> (1喻自萍, 2其他)		检查者: _____	
	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 <input type="checkbox"/> 黄 <input type="checkbox"/> 绿 <input type="checkbox"/> 蓝 <input type="checkbox"/> 紫 <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"/> Kpa			检查者: _____		医师意见: 签名: _____	
	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: _____	医师意见: 签名: _____
	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: _____		医师意见: 签名: _____
	嗅觉	<input type="checkbox"/> (1正常, 0迟钝)					检查者: _____	
	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: 签名: _____
	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				医师意见: _____ 签名: _____	
肝功能	转氨酶 <input type="checkbox"/> (1正常, 2其他)		其他				医师意见: _____ 签名: _____	
体 体 检 医 站 院 提 示	请在相应条款上打 <input type="checkbox"/>							
	A 第一部分中的: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
	B 第二部分中的: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
C 第三部分中的: <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"/>								
体检医院或体检站 (章) _____ 年 月 日								
医师意见 填写实例:		例如: 填写“B3”表示有《体检工作指导意见》第二部分第3条所列情况; 填写“无”, 表示没有《体检工作指导意见》所列情况。						

报考高等学校的考生均应进行转氨酶（A.L.T）检验，转氨酶（A.L.T）异常进一步明确诊断，并将检验结果填写在下表内。

化 验 单 粘 贴 处	
胸 透 结 论	
说明：	

表格填写说明

一、考生注意事项

- 1、保持照片区，条码区清洁；切勿卷曲、折叠、破损、硬物损伤、污染体检表；否则，将影响电脑正确识别体检信息。
- 2、必须用黑色签字笔填写体检表。
- 3、妥善保管体检表，在规定的日期内进行体检；体检后，将体检表交给县（市、区）教育考试中心。

二、体检医院（站）注意事项

- 1、必须用黑色签字笔填写体检表，务必保证字迹清晰可辨认。
- 2、体检表上所有盖章处，必须使用蓝色印泥，且保证在规定的范围内加盖印章。