**浙江特殊教育职业学院**

**残障考生体检表**

   省  市  县（市、区） 毕业学校       考生姓名：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 　 | 性别 | 　 | 出生年月 |    年  月  日 | 半身一寸脱帽相片 |
| 文化程度 | 　 | 民族 | 　 | 职业 |   | 婚否 |   |
| 籍贯 | 　 | 现住所及   通讯地址 | 　 |
| 原毕业学校或工作单位 | 　 |
| 既往病史（包括现在用药情况） | 　 | 体检医院体检章 |
| （**以上由考生本人如实填写**） |
| 眼科 | 裸眼视力 | 右 | 矫正视力 | 右      矫正度数： | 医师意见（签字）1.眼   科2.耳鼻喉科3.口腔科 |
| 左 | 左      矫正度数： |
| 其他眼病 | 　 | 色觉检查 | 彩色图案及编码：           正常□ 色弱□ 色盲□ 全色盲□ |
| 单颜色识别：               红□ 绿□ 紫□ 蓝□ 黄□ |
| 耳鼻喉科 | 听力 | 右    公尺 | 嗅觉 | 正常□ 迟钝□ 丧失□ |
| 左    公尺 | 耳鼻咽喉 | 正常□ 异常□ |
| 耳鼻喉科异常 | 　 |
| 口腔科 | 唇腭：正常□ 异常□ | 牙齿：正常□ 异常□ |
| 口吃：否□ 是□ | 口腔异常 | 　 |
| 外科 | 身高：     厘米 | 体重：     公斤 | 医师意见签字 |
| 皮肤: 正常□异常□ | 面部： 正常□  异常□ |
| 颈部：正常□ 异常□ | 脊柱： 正常□  异常□ |
| 四肢：正常□ 异常□ | 关节： 正常□  异常□ |
| 外科异常 | 　 |
| 内科 | 血压 | 收缩压：       kpa舒张压：       kpa | 医师意见签字 |
| 发育情况 | 良好□  差□ |
| 神经系统 | 正常□  异常□ |
| 呼吸系统 | 正常□  异常□　 |
| 心脏及血管 | 正常□  异常□　 |
| 肝 | 正常□  异常□　 |
| 脾 | 正常□  异常□　 |
| 胸部透视 | 正常□ 异常□ | 胸透异常 |   |
| 内科异常 |   |
| 肝功能 | 转氨酶：正常□  异常□ | 医师意见签字 |
| 肝功能异常： |
| 血常规 |  |
| 心电图 |  | 医师意见签字 |
| 体检结论 | 　 |
| 体检医院意见 | 　 |
| 复审意见 | 　 |

注：

1.“既往病史”一栏考生必须如实填写。如发现有隐瞒严重疾病，不符合体检标准的，将取消入学资格。
2.体检医师应在检查项目结果的正常或异常等后的空格打“√”。
3.体检标准按《普通高等学校招生体检指导意见》及教育部、卫生部有关文件要求执行。

  体检日期： 20 年   月   日