**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