**附件2**

**合肥师范学院运动训练专业考生体检表**

高考报名号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓　　名 | |  | | 性别 | |  | | | 出生　　年　月　日 | | | | | | 婚否 | |  | 免冠一寸彩照 | |
| 文化程度 | |  | | 民　　族 | | | | |  | | | 职业 | |  | | | |
| 籍　　贯 | |  | | 身份证号 | | | | |  | | | | | | | | |
| 原毕业学校或工作单位 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 既往病史 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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：（色觉异常者填此项）  红（　）黄（　）绿（　）蓝（　）紫（　） | | | | | | | | | | | 检查者 | | |
| 眼病 | | |  | | | | | | | | | | |
| 耳鼻喉科 | | 听力 | | | 左耳　　米 | | | | | | 右耳　　米 | | | | | 检查者 | | | 医师意见：  签名： |
| 嗅觉 | | |  | | | | | | | | | | |
| 耳鼻  咽喉 | | |  | | | | | | | | | | |
| 口　腔　科 | | 唇腭 | | |  | | | | | | | | | | | 检查者 | | | 医师意见：  签名： |
| 牙齿 | | | （齿缺失　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 其它 | | |  | | | | | | | | | | |
| 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　它 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 内　　　科 | 血压　　　／　　　Ｋｐａ（　　　ｍｍ　Ｈｇ） | | | | | | | | | | | | | | | 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 | | 口吃（　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 腹部器官 | | 肝　　　　　厘米　　　性质　　　　　肾  脾　　　　　厘米　　　性质 | | | | | | | | | | | | |
| 其　　它 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 胸部透视 | | | 医师签字： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 化　　验  检　　查  （要附化  　验单据　） | | | ……………………………………  （血常规、肝功能化验单粘贴处） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 体检结论 | | | 根据教育部、卫生部、中国残疾人联合会颁发的《普通高等学校招生体检工作指导意见》有关规定经体格检查属于　　　格，在填报志愿时专业　　　　　　限制。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　主检医师签名： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 体检站意见 | | | （盖章） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 备注 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |

说明：用A4纸张双面打印；“既往病史”一栏，考生必须如实填写，如发现隐瞒严重病史，不

符合《普通高等学校招生体检工作指导意见》者，入学复查将取消入学资格。