

附件3:

滁州学院 2025 年对口招生体育教育专业考生体检表

考生号: _____

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		现住所及 通 讯 处					
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	
		左		左 矫正度数			
	色 觉 检 查	彩色图案及彩色数码检查: _____			检查者		
		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 ()					
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 / K p a (m m H g)				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)				
体检单位意见		(盖章)				