

2020 年山西省普通高校专升本考生体格检查表

<div style="border: 1px dashed black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div> <p style="text-align: center; font-size: small;">注意:贴数码照片</p>	准考证号 <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>		_____ 市						
	姓名 <input style="width: 100px;" type="text"/>	性别 <input style="width: 30px;" type="text"/>	病史标志 <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> (1无, 0有)	体检序号 <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>					
	既往病史(须如实填写)								
以下内容由体检医院(站)填写									
眼科	裸眼视力	右 <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	矫正视力	右 <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 矫正度数 <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	检查者: _____	医师意见: <input style="width: 30px;" type="checkbox"/> 1.各专业均可录取。 2.有关专业可不录取。 3.各专业可不录取。 (以下医师意见的填涂类同) 签名: _____			
	色觉检查	彩色图案及彩色数码检查: <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> (1正常, 2其他)		色觉检查图名称: <input style="width: 20px;" 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 style="width: 20px;" type="checkbox"/> 黄 <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> 绿 <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> 蓝 <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> 紫 <input style="width: 20px;" type="checkbox"/>							
内科	血压	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> kpa		检查者	医师意见: <input style="width: 30px;" type="checkbox"/> 签名: _____				
	发育情况	<input style="width: 20px;" type="checkbox"/> (1良, 2中, 3差)		心脏及血管 <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> (1正常, 2其他)					
	呼吸系统	<input style="width: 20px;" type="checkbox"/> (1正常, 2其他)		神经系统 <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> (1正常, 2其他)					
	腹部器官	肝 <input style="width: 20px;" type="text"/> 厘米, 性质 <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> (1正常, 2其他)		脾 <input style="width: 20px;" type="text"/> 厘米, 性质 <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> (1正常, 2其他)					
	其他								
外科	身高	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 厘米	体重	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 千克	检查者	医师意见: <input style="width: 30px;" type="checkbox"/> 签名: _____			
	皮肤	<input style="width: 20px;" type="checkbox"/> (1正常, 2其他)		面部	<input style="width: 20px;" type="checkbox"/> (1正常, 2其他)		颈部	<input style="width: 20px;" type="checkbox"/> (1正常, 2其他)	
	脊柱	<input style="width: 20px;" type="checkbox"/> (1正常, 2其他)		四肢	<input style="width: 20px;" type="checkbox"/> (1正常, 2其他)		关节	<input style="width: 20px;" type="checkbox"/> (1正常, 2其他)	
	其他								
耳鼻喉科	听力	左耳(耳语) <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 米	右耳(耳语) <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 米	检查者	医师意见: <input style="width: 30px;" type="checkbox"/> 签名: _____				
	嗅觉	<input style="width: 20px;" type="checkbox"/> (1正常, 0迟钝)				检查者			
	耳鼻咽喉								
口腔科	唇腭	<input style="width: 20px;" type="checkbox"/> (1正常, 2其他)		是否口吃 <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> (1否, 0是)		医师意见: <input style="width: 30px;" type="checkbox"/> 签名: _____			
	牙齿	(齿缺失 <input style="width: 20px;" type="text"/>) <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> (1正常, 2其他)		检查者					
	其他								
胸部透视	<input style="width: 20px;" type="checkbox"/> (1正常, 2其他)		其他			医师意见: <input style="width: 30px;" type="checkbox"/> 签名: _____			
肝功能	转氨酶 <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> (1正常, 2其他)				医师意见: <input style="width: 30px;" type="checkbox"/>				
	其他				签名: _____				
体检站医院建议	根据《普通高等学校招生体检工作指导意见》中第二部分 患有第 <input style="width: 20px;" type="text"/> , <input style="width: 20px;" type="text"/> , <input style="width: 20px;" type="text"/> , <input style="width: 20px;" type="text"/> , <input style="width: 20px;" type="text"/> , <input style="width: 20px;" type="text"/> 条疾病者, 有关专业可不予录取。 体检结果: <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> (1.各专业均可录取。2.有关专业可不录取。3.各专业可不录取。)								
体检医院或体检站(章) _____ 年 月 日									

考生均应进行转氨酶（A.L.T）检验，如转氨酶异常，可进一步明确诊断。检验结果粘贴于下栏。

化
验
单
粘
贴
处

体
检
备
注

填写说明 1. 请用黑色墨水笔填写；2. 公章请在虚线圆圈内盖；
3. 书写框“□”内仅能填写一位数字，不能填写中文；
4. 每框一字，不得连笔，每字必须大于框的2/3，且不得出框；
5. 如发生填写错误，请在框的附近直接改写。

参考字体 ①②③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩

山西省招生考试管理中心监制