

# 2023年山西省对口升学考生体格检查表

考生号 <input style="width: 10px;" type="text"/> <input style="width: 10px;" type="text"/> <input style="width: 10px;" type="text"/> <input style="width: 10px;" type="text"/> <input style="width: 10px;" type="text"/> <input style="width: 10px;" type="text"/> <input style="width: 10px;" type="text"/> <input style="width: 10px;" type="text"/> <input style="width: 10px;" type="text"/> <input style="width: 10px;" type="text"/> <input style="width: 10px;" type="text"/> <input style="width: 10px;" type="text"/> <input style="width: 10px;" type="text"/> <input style="width: 10px;" type="text"/> <input style="width: 10px;" type="text"/> <input style="width: 10px;" type="text"/> <input style="width: 10px;" type="text"/> <input style="width: 10px;" type="text"/> <input style="width: 10px;" type="text"/> <input style="width: 10px;" type="text"/> <input style="width: 10px;" type="text"/>			_____市			
			姓名	性别	病史标志 <input type="checkbox"/> (1无, 0有)	体检序号 <input style="width: 10px;" type="text"/> <input style="width: 10px;" type="text"/> <input style="width: 10px;" type="text"/> <input style="width: 10px;" type="text"/>
<div style="border: 1px dashed gray; width: 80px; height: 80px; margin: 0 auto;"></div> 注意: 贴数码照片	既往病史 (须如实填写)					
以下内容由体检医院(站)填写						
眼	裸眼视力	右 <input style="width: 10px;" type="text"/> <input style="width: 10px;" type="text"/>	矫正视力	右 <input style="width: 10px;" type="text"/> <input style="width: 10px;" type="text"/> 矫正度数 <input style="width: 10px;" type="text"/> <input style="width: 10px;" type="text"/> <input style="width: 10px;" type="text"/> <input style="width: 10px;" type="text"/>	检查者: _____	医师意见: <input 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别同)  签名: _____
		左 <input style="width: 10px;" type="text"/> <input style="width: 10px;" type="text"/>		左 <input style="width: 10px;" type="text"/> <input style="width: 10px;" type="text"/> 矫正度数 <input style="width: 10px;" type="text"/> <input style="width: 10px;" type="text"/> <input style="width: 10px;" type="text"/> <input style="width: 10px;" type="text"/>		
	色觉检查	彩色图案及彩色数码检查: <input type="checkbox"/> (1正常, 2其他)		色觉检查图名称: <input type="checkbox"/> (1喻自萍, 2其他)		
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 type="checkbox"/> 黄 <input type="checkbox"/> 绿 <input type="checkbox"/> 蓝 <input type="checkbox"/> 紫 <input type="checkbox"/>						
眼病						
内科	血压 <input style="width: 10px;" type="text"/> <input style="width: 10px;" type="text"/> / <input style="width: 10px;" type="text"/> <input style="width: 10px;" type="text"/> kpa				检查者	医师意见: <input type="checkbox"/>  签名: _____
	发育情况 <input type="checkbox"/> (1良, 2中, 3差)		心脏及血管 <input type="checkbox"/> (1正常, 2其他)			
	呼吸系统 <input type="checkbox"/> (1正常, 2其他)		神经系统 <input type="checkbox"/> (1正常, 2其他)			
	腹部器官 肝 <input style="width: 10px;" type="text"/> 厘米, 性质 <input type="checkbox"/> (1正常, 2其他)		脾 <input style="width: 10px;" type="text"/> 厘米, 性质 <input type="checkbox"/> (1正常, 2其他)			
其他						
外科	身高 <input style="width: 10px;" type="text"/> <input style="width: 10px;" type="text"/> <input style="width: 10px;" type="text"/> 厘米		体重 <input style="width: 10px;" type="text"/> <input style="width: 10px;" type="text"/> <input style="width: 10px;" type="text"/> 千克		检查者	医师意见: <input type="checkbox"/>  签名: _____
	皮肤 <input type="checkbox"/> (1正常, 2其他)		面部 <input type="checkbox"/> (1正常, 2其他)		颈部 <input type="checkbox"/> (1正常, 2其他)	
	脊柱 <input type="checkbox"/> (1正常, 2其他)		四肢 <input type="checkbox"/> (1正常, 2其他)		关节 <input type="checkbox"/> (1正常, 2其他)	
	其他					
耳鼻喉科	听力 左耳(耳语) <input style="width: 10px;" type="text"/> <input style="width: 10px;" type="text"/> 米		右耳(耳语) <input style="width: 10px;" type="text"/> <input style="width: 10px;" type="text"/> 米		检查者	医师意见: <input type="checkbox"/>  签名: _____
	嗅觉 <input type="checkbox"/> (1正常, 0迟钝)				检查者	
	耳鼻咽喉					
口腔科	唇腭 <input type="checkbox"/> (1正常, 2其他)			是否口吃 <input type="checkbox"/> (1否, 0是)		医师意见: <input type="checkbox"/>  签名: _____
	牙齿 (齿缺失 ..... ) <input type="checkbox"/> (1正常, 2其他)			检查者		
	其他					
胸部透视	<input type="checkbox"/> (1正常, 2其他)		其他		检查者	医师意见: <input type="checkbox"/>  签名: _____
肝功能	转氨酶 <input type="checkbox"/> (1正常, 2其他)		其他		检查者	
体检医院或体检站建议	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: 10px;" type="text"/> , <input style="width: 10px;" type="text"/> , <input style="width: 10px;" type="text"/> , <input style="width: 10px;" type="text"/> , <input style="width: 10px;" type="text"/> 条疾病者, 有关专业可不予录取。 体检结果: <input 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

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

山西省招生考试管理中心 监制