附件4

海南师范大学保送录取优秀运动员体检表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 一寸彩色免冠登记照（医院骑缝盖章） |
| 高考考生号 |  | 身份证号 |  |
| 既往病史 |  |
| 眼科 | 裸眼视力 | 右 | 矫正视力 | 右 | 矫正度数 | 右 | 医师意见（签字） |
| 左 | 左 | 左 |
| 其他眼病 |  | 色觉检查 | 彩色图案及编号 |
| 红、绿、紫、蓝、黄 |
| 耳鼻喉科 | 听力 | 右 | 嗅觉 |  | 医师意见（签字） |
| 左 |
| 其他 |  |
| 口腔科 | 唇腭 |  | 口吃 |  | 医师意见（签字） |
| 牙齿 |  |
| 其他 |  |
| 外科 | 身高 | cm | 体重 | kg | 医师意见（签字） |
| 面部 |  | 皮肤 |  |
| 颈部 |  | 脊柱 |  |
| 四肢 |  | 关节 |  |
| 其他 |  |
| 内科 | 血压 | 收缩压 |  | 舒张压 |  | 医师意见（签字） |
| 发育情况 |  | 心脏及血管 |  |
| 呼吸系统 |  | 神经系统 |  |
| 腹部器官 | 肝肋下 |  | 脾肋下 |  |
| 肝质地 |  | 脾质地 |  |
| 其他 |  |
| 胸透 | 胸透 |  | 其他 |  | 医师意见（签字） |
| 肝功能 | 转氨酶 |  | 其他 |  | 医师意见（签字） |
| 体检结论 | 主检医师签名： |

检查日期： 年 月 日

注：考生须如实填写“既往病史”，如发现隐瞒病情，一律取消入学资格。