

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					
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。