**附件三 华南农业大学2024年台湾地区高中毕业生入学申请体检表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名（中文） | | | | |  | | | 姓名（英文） | | | | |  | | | | 性别 | | |  | | |
| 身份证号码 | | | | |  | | | | | | | | 台胞证号码 | | | |  | | | | | |
| 肝功能 | 转 氨 酶 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 肝功能其他情况说明： | | | | | | | | | | | 肝功能检查医生签名： | | | | | | | | | | |
| 眼科 | 裸视视力 | | | | 左： | | | | 右： | | | | | 矫正度数 | | | 左： | | | | 右： | |
| 色觉检查 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 单色识别 | | | | 红： | | | | 黄： | | | | | 绿： | | | | 蓝： | | | | 紫 |
| 眼科其他情况说明： | | | | | | | | | | | 眼科检查医生签名： | | | | | | | | | | |
| 耳鼻喉科 | 嗅觉 | |  | | | | | | | | | 听力 | | | 左： | | | | 右： | | | |
| 耳 鼻 咽 喉 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 耳鼻喉科其他情况说明： | | | | | | | | | | | 耳鼻喉科检查医生签名： | | | | | | | | | | |
| 口腔科 | 唇腭： | | | | | | | | 牙齿： | | | | | | | | 口吃： | | | | | |
| 口腔科其他情况说明： | | | | | | | | | | | 口腔科检查医生签名： | | | | | | | | | | |
| 外快 | 身高（cm）： | | | | | | 体重（kg）： | | | | | | 皮肤： | | | | | | 面部： | | | |
| 颈部： | | | | | | 脊柱： | | | | | | 四肢： | | | | | | 关节： | | | |
| 外科其他情况说明： | | | | | | | | | | | 外科检查医生签名： | | | | | | | | | | |
| 内科 | 收 缩 压： | | | | | | | | 舒 张 压： | | | | | | | 发育情况： | | |  | | | |
| 呼吸系统： | | | | | | | | 心脏血管： | | | | | | | 神经系统： | | |  | | | |
| 肝： | | | | | | | | | | 脾： | | | | | | | | | | | |
| 内科其他情况说明： | | | | | | | | | 内科检查医生签名： | | | | | | | | | | | | |
| 放射科 | X线摄影结论： | | | | | | | | | X线摄影医生签名： | | | | | | | | | | | | |
| 既往病史 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 体检结论：    县级以上（含县级）体检医院（盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |