**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 |