

| | | | | | | | |
|-----------|-----|---|----|----|-----|------|------|
| 外科 | 身高 | 厘米 | 体重 | 千克 | 检查者 | 医师签名 | |
| | 皮肤 | | | 面部 | | | |
| | 颈部 | | | 脊柱 | | | |
| | 四肢 | | | 关节 | | | |
| | 其它 | | | | | | |
| 耳鼻咽喉科 | 听力 | 左耳 | 米 | 右耳 | 米 | 检查者 | 医师签名 |
| | 嗅觉 | | | | 检查者 | | |
| | 耳鼻喉 | | | | | | |
| 口腔科 | 唇腭 | | | | | 医师签名 | |
| | 牙齿 | | | | | | |
| | 其它 | | | | | | |
| 胸部 X 射线检查 | | | | | | 医师签名 | |
| 化 验 | | 丙氨酸氨基转移酶 (ALT) | | | | 医师签名 | |
| 体检机构意见 | | <p>请各招生单位根据以上体检结果，参照执行《普通高等学校招生体检工作指导意见》（教学【2003】3号），确定该生身体条件是否可以录取。</p> <p>主检医师签名： _____ 体检机构公章 _____</p> <p>年 月 日</p> | | | | | |

注：此表须正反面打印