南昌航空大学体格检查表

**拟录取学院：** **拟录取专业**：

**体检医院名称：** **考生编号**：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | | |  | | | | | | | | 性别 |  | | | 出生年月 | | | | |  | | | 插入免冠彩色蓝底电子照片  **（与上传照片同底）**  体验医院  骑 缝 章 | |
| 文化程度 | | |  | | | | | | | | 民 族 | | | |  | | | 婚否 | |  | | |
| 籍 贯 | | | 省 | | | | 市  县 | | | | 现住所及通讯处 | | | |  | | | | | | | |
| 联系电话 | | |  | | | | | | | | 既往病史 | | | |  | | | | | | | |
| （以上由考生本人如实填写） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 五  官  科 | | 眼 | 裸 眼  视 力 | | 右： | | | | | 矫 正  视 力 | | | 右 矫正度数： | | | | | | | | | | 医 师 意 见  （签 名）   1. 眼 科 2. 耳鼻喉科   3、口腔科 | |
| 左： | | | | | 左 矫正度数： | | | | | | | | | |
| 其 他  眼 病 | |  | | | | | | | | 辨色力 | | | |  | | | | | |
| 耳 | 听 力 | | 右： 米 | | | | | | | | 耳 疾 | | | |  | | | | | |
| 左： 米 | | | | | | | |
| 鼻 | 嗅 觉 | |  | | | | | | | | 鼻及鼻窦疾病 | | | |  | | | | | |
| 颜面部 |  | | | | | | | | | | 咽 喉 | | | |  | | | | | |
| 口 腔 | 唇腭裂 | |  | | | | | | | | 门 齿 | | | |  | | | | | |
| 其 他 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 外  科 | | 身 高 | 厘米 | | | | | | 体 重 | | | 千克 | | | | | 皮 肤 | |  | | | | 医 师 意 见  （签 名） | |
| 淋 巴 |  | | | | | | 甲状腺 | | |  | | | | | 脊 柱 | |  | | | |
| 四 肢 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 关 节 |  | | | | | | | | | 平跖足 | | | | |  | | | | | |
| 其 他 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 内  科 | 血 压 | | | 毫米  汞柱 | | | | | | | | | | 心 率 | | | 次/分 | | | | | 医 师 意 见  （签 名） | |
| 发 育 及  营养状况 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 神 经 及  精 神 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 肺 及呼 吸 道 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 心脏及血管 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 腹部器官 | | | 肝 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 脾 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 其 他 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 化 验 检 查  （要附化验单据） | | | | 血 | | | |  | | | | | | 肝功 | |  | | | | | 尿 |  | |
| 胸部放射线检查 | | | | 医师签名： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 其 他 检 查 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 体 检 结 论 | | | | 主检医师签名： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 体 检 医 院  盖 章 | | | | 体 检 医 院 （盖章）    年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 备 注 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**说明：** “既往病史”一栏，考生必须如实填写；如发现有隐瞒严重疾病、不符合体检标准的即使已录取入学，也必须取消入学资格。