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。