

辽宁师范大学 2026 年保送录取优秀运动员招生考试体检表

填涂说明	1. 请用黑色墨水笔填写; 2. 公章请盖在虚线圆框内; 3. 书写框“□”内, 仅能填写一位数字, 不能填写中文; 4. 每框一字, 不得连笔, 每字必须大于框的 2/3, 且不得出框; 5. 如发生填写错误, 请用涂改液修改后再填写。					填写样例: <input type="checkbox"/>											
身份证号 姓 名				考生号		免冠二寸彩照											
				性 别							婚 否						
	既往病史 (由考生本人如实填写)																
眼 科	裸 眼 视 力	右 <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>		矫 正		右 <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>		矫 正 度 数			体检医师签名:						
		左 <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>		视 力		左 <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/>		矫 正 度 数									
	色 觉 检 查	彩色图案及彩 色数码检查: <input type="checkbox"/> (1 正常, 2 其它)					色觉检查图名称: <input type="checkbox"/> (1 喻自萍, 2 其它)										
		单色识别能力检查: (色觉异常者查此项) (能识别填 1, 不能识别填 0) 红 <input type="checkbox"/> 黄 <input type="checkbox"/> 绿 <input type="checkbox"/> 蓝 <input type="checkbox"/> 紫 <input type="checkbox"/>															
		眼 病															
内 科	血 压		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> Kpa										体检医师签名:				
	发 育 情 况		<input type="checkbox"/> (1 良, 2 中, 3 差)			心 脏 及 血 管			<input type="checkbox"/> (1 正常, 2 其它)								
	呼 吸 系 统		<input type="checkbox"/> (1 正常, 2 其它)			神 神 经 系 统			<input type="checkbox"/> (1 正常, 2 其它)								
	腹 部 器 官		肝 <input type="checkbox"/> 厘米, 性质 <input type="checkbox"/> (1 正常, 2 其它)			脾 <input type="checkbox"/> 厘米, 性质 <input type="checkbox"/> (1 正常, 2 其它)											
	其 他																
外 科	身 高		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 厘米			体 重		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 千克				体检医师签名:					
	皮 肤		<input type="checkbox"/> (1 正常, 2 其它)		面 部		<input type="checkbox"/> (1 正常, 2 其它)		颈 部		<input type="checkbox"/> (1 正常, 2 其它)						
	脊 柱		<input type="checkbox"/> (1 正常, 2 其它)		四 肢		<input type="checkbox"/> (1 正常, 2 其它)		关 节		<input type="checkbox"/> (1 正常, 2 其它)						
	其 他																
耳 鼻 喉 科	听 力		左耳(耳语) <input type="checkbox"/> 米			右耳(耳语) <input type="checkbox"/> 米								体检医师签名:			
	嗅 觉		<input type="checkbox"/> (1 正常, 0 迟钝)														
	耳 鼻 咽 喉																
口 腔 科	唇 腭 <input type="checkbox"/> (1 正常, 2 其它)					是 否 口 吃		<input type="checkbox"/> (1 否, 0 是)							体检医师签名:		
	牙 齿 (齿缺失——+——) <input type="checkbox"/> (1 正常, 2 其它)																
	其 他																
肝 功 能	体 检 结 论				转氨酶 <input type="checkbox"/> (1 正常, 2 其它)		乙 肝 表 面 抗 原		<input type="checkbox"/> (1 正常, 2 其它)							体检医师签名:	
	其 他																
胸 部 透 视		<input type="checkbox"/> (1 正常, 2 其他)			其 他						体检医师签名						
体 检 医 院 意 见		该生: 属于《普通高等学校招生体检工作指导意见》(以下简称《指导意见》)第一部分第 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 条所列情形, 学校可以不予录取; 不宜报考《指导意见》中第二部分第 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 条所列专业; 不宜就读《指导意见》中第三部分第 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 条所列专业。 主检医师签名:															
体检医院或体检站(章) 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日																	