

附件三 华南农业大学 2022 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 | | | | | | | |