附件三 华南农业大学2023年台湾地区高中毕业生入学申请体检表

<table>
<tr><td colspan="2">姓名（中文）</td><td></td><td>姓名（英文）</td><td></td><td>性别</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">身份证号码</td><td colspan="2"></td><td>台胞证号码</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">肝功能</td><td>转 氨 酶</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2">肝功能其他情况说明：</td><td colspan="4">肝功能检查医生签名：</td></tr>
<tr><td rowspan="5">眼科</td><td>裸视视力</td><td>左：</td><td>右：</td><td>矫正度数</td><td>左：</td><td>右：</td></tr>
<tr><td>色觉检查</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>单色识别</td><td>红：</td><td>黄：</td><td>绿：</td><td>蓝：</td><td>紫</td></tr>
<tr><td colspan="2">眼科其他情况说明：</td><td colspan="4">眼科检查医生签名：</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">耳鼻喉科</td><td>嗅觉</td><td colspan="2"></td><td>听力</td><td>左：</td><td>右：</td></tr>
<tr><td>耳 鼻 咽 喉</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2">耳鼻喉科其他情况说明：</td><td colspan="4">耳鼻喉科检查医生签名：</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">口腔科</td><td colspan="2">唇腭：</td><td colspan="2">牙齿：</td><td colspan="2">口吃：</td></tr>
<tr><td colspan="2">口腔科其他情况说明：</td><td colspan="4">口腔科检查医生签名：</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">外快</td><td colspan="2">身高（cm）：</td><td colspan="2">体重（kg）：</td><td colspan="2">皮肤：</td><td>面部：</td></tr>
<tr><td colspan="2">颈部：</td><td colspan="2">脊柱：</td><td colspan="2">四肢：</td><td>关节：</td></tr>
<tr><td colspan="2">外科其他情况说明：</td><td colspan="4">外科检查医生签名：</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="5">内科</td><td colspan="2">收 缩 压：</td><td colspan="2">舒 张 压：</td><td colspan="2">发育情况：</td></tr>
<tr><td colspan="2">呼吸系统：</td><td colspan="2">心脏血管：</td><td colspan="2">神经系统：</td></tr>
<tr><td colspan="3">肝：</td><td colspan="3">脾：</td></tr>
<tr><td colspan="2">内科其他情况说明：</td><td colspan="4">内科检查医生签名：</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">放射科</td><td colspan="2">X线摄影结论：</td><td colspan="4">X线摄影医生签名：</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">既往病史</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="7">体检结论：

县级以上（含县级）体检医院（盖章）
年 月 日</td></tr>
</table>