

**附件三 华南农业大学 2020 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					
<p>体检结论：</p> <p align="right">                     县级以上（含县级）体检医院（盖章）                      年 月 日                 </p>					