附件1：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 海军航空实验班报名体检表  省 市 县（市、区） 初中学校（盖章） | | | | | | | | | | | | | |
| 姓 名 | |  | 性 别 | |  | | 民 族 | |  | | 一寸免冠 红底照片 | | |
| 出生年月 | |  | 是否团员 | |  | | 户口类别 | |  | |
| 现家庭住址 | |  | | | | | 邮 编 | |  | |
| 身份证  号码 | |  | | | 国家学  籍号 | |  | | | |
| 联系电话 | |  | | | 户籍所  在地 | |  | | | |
| 父 亲 | | 姓 名 |  | | 年 龄 | |  | | 政治面貌 | |  | | |
| 工作单位 |  | | | | 联系电话 | |  | | | | |
| 母 亲 | | 姓 名 |  | | 年 龄 | |  | | 政治面貌 | |  | | |
| 工作单位 |  | | | | 联系电话 | |  | | | | |
| 班主任预估中考成绩 | | □省级示范性高中 □市级示范性高中 □一般性高中 □中职及其他 | | | | | | | | | | | |
| 班主任签名 | |  | | | | | 班主任电话 | |  | | | | |
| 报考态度 | | 一、本人有无违法、违纪行为（ ）二、家庭成员有无违法行为（ ） | | | | | | | | | | | |
| 三、本人是否自愿报考（ ） 四、父母（监护人）是否支持（ ） | | | | | | | | | | | |
| 五、其他需要说明的重大问题： | | | | | | | | | | | |
| 本人签字： 家长签字： | | | | | | | | | | | |
| 以下内容由医院填写，只填写体检结果，不作结论。  **(须到县级及以上人民医院检查)** | | | | | | | | | | | | | |
| 病史(现病史、既往史及家族史)： | | | | | | | | | | | | | |
| 内 科 | 血压： mmHg | | |  | |  | | 脉搏： 次/分 | |  | | |  | |
| （重点掌握有无先天性心脏病，各系统有无慢性疾病及病史，有无口吃，病理征是否阴性。） | | | | | | | | 医生签字： | | | |  | |
| 外 科 | 身高： 厘米 体重： 公斤 | | | | | | | | | | | | | |
| （重点掌握有无明显脊柱侧弯、前凸、平直；暴露部位有无明显疤痕及胎痣；有无颅内、胸内脏器手术史，腹部疝及阑尾炎术后有无并发症；有无肢体残缺、畸形；体型是否匀称。） | | | | | | | | 医生签字： | | | | | |
| 眼 科 | 右眼视力： 左眼视力： 色觉： | | | | | | | | | | |  | | |
| （重点掌握有无影响视功能的晶体混浊；有无斜视、上睑下垂等眼病及手术史，有无屈光矫正手术史或角膜塑型治疗史。） | | | | | | | | | | | 医生签字： | | |
| 耳 鼻 喉 科 | （重点掌握有无慢性鼻炎、鼻窦炎等疾病；鼓膜是否完好能窥全貌。） | | | | | | | | | | | 医生签字： | | |
| 口 腔 科 | （重点掌握有无严重的锁合、开合、反合及龋齿。） | | | | | | | | | | | 医生签字： | | |
| 化 验 | 乙肝五项： | | | | | | | | | | | 医生签字： | | |
| B 超 | 肝胆胰脾肾： | | | | | | | | | | |  | | |
| （重点掌握有无明确肾结石、胆囊结石及胆囊息肉；肝肾囊肿、肝血管瘤直径大小；脾脏长度和厚度。） | | | | | | | | | | | 医生签字： | | |
| 体检  医院 | 医院名称：（盖章） 年 月 日 | | | | | | | | | | |  | | |