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  |  |