

浙江省海军航空实验班预选体检表

(以下内容由医院或学校医生填写)

学生姓名:

身份证:

就读学校:

病史 (现病史、即往史及家族史):

眼

右眼视力:

左眼视力:

色觉:

科

医生签名:

内

血压:

mmHg

脉搏:

次/分

科

医生签名:

外

身高:

cm

体重:

KG

科

医生签名:

医院 (学校):

章

报考身体条件:

身高在 162-181cm 之间; 体型匀称, 体重在 48KG 以上 (录取时未满 15 周岁可放宽至 46KG 以上); 双眼裸眼远视力达 C 字表 1.0 以上 (相当于 E 字表 5.1 以上), 未做过视力矫治手术或戴角膜塑形镜矫正, 无色盲、色弱、斜视; 无口吃、文身、刺字等; 无晕厥、昏迷史; 听力、嗅觉正常。