研究生复试体格检查表

报考院系： 毕业院系： 学号： 身份证号码：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生日期 | 年 月 日 |  |
| 籍贯 |  | 民族 |  | 职业 |  |
| 毕业院校 |  | 报考学校 |  |
| 联系电话 |  | 通讯地址 |  |
| 既往病史 | 🞎心脏病 🞏肾炎 🞏肝炎 🞎关节炎 🞎哮喘 🞎精神病 🞎癫痫病 🞎肺结核🞎胃病 🞎手术史（ ） |
| （以上内容由本人如实填写） |
| 五官科 | 眼 | 裸眼视力 | 右 | 矫正视力 | 右 矫正度数： | 医师意见：（签字）1. 眼科
2. 耳鼻喉科
3. 口腔科
 |
| 左 | 左 矫正度数： |
| 其它眼病 |  | 色觉检查 | 彩色图案及编码 |
| 单颜色识别：红、绿、紫、蓝、黄 |
| 耳 | 听力 | 右 公尺 | 耳疾 |  |
| 左 公尺 |
| 鼻 | 嗅觉 |  | 鼻及鼻窦疾病 |  |
| 颜面部 |  | 咽喉 |  |
| 口腔 | 唇 |  | 门齿 |  |
| 其他 |  |
| 外科 | 身长 | 公分 | 体重 | 公斤 | 皮肤 |  | 医师签字（签字） |
| 腰围 | 公分 | 甲状腺 |  | 脊柱 |  |
| 淋巴 |  | 关节 |  | 平拓足 |  |
| 四肢 |  |
| 其他 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 内科 | 血压 | 毫米汞柱 | 签字 |  | 心率（次/分） | 医师意见（签字） |
| 发育及营养状况 |  |
| 神经及精 神 |  |
| 呼 吸系 统 |  |
| 心脏及血 管 |  |
| 腹 部器 管 | 肝 |  |
| 脾 |  | 肾 |  |
| 其他 |  |
| 化验检验（要附化验单据） | 血常规 |  | 肝功 |  | 尿常规 |  |
| 血糖 | 肾功 |
| 胸部X光摄片检 查 |  | 医师签字： |
| 主检结论 | 主检医师签字： （盖章） |
| 体检医院意见 | 体检医院 年 月 日（盖章） |
| 备注 |  |

说明：“既往病史”一栏，有病史者请在小方格划勾，括号内写明病史情况，无病史者请在括号内写“无”，参检者必须如实填写。如发现有隐瞒严重疾病、不符合体检标准的，一切后果自负。

体检日期 年 月 日