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（盖章）： 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 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