附件5

广西医科大学

2025年报考攻读博士学位研究生体格检查表

**体检说明：**体检必须在三级甲等综合性医院进行，不得在各类专科医院（如：儿童医院、口腔医院、妇幼医院等）进行。此表由考生本人体检时贴好相片交医院。“既往病史”栏，考生必须如实填写，如发现隐瞒严重疾病，不符合体检标准的，即使已录取入学，也将取消入学资格。体检表格必须有体检医院的体检结论及体检专用章或医院院章，方为有效。

**报考单位：广西医科大学 报考学院：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 性别 |  | | 婚否 |  | | | 出生日期 | | | |  | | | 贴相片（一寸，免冠，彩色）  体检医院  骑缝章 |
| 文化程度 | |  | | 民族 |  | | 籍贯 |  | | | 职业 | | | |  | | |
| 考生本人  通讯地址 | |  | | | | | | | | | 邮政编码 | | | |  | | |
| 现学习或  工作单位 | |  | | | | | | | | | 联系电话 | | | |  | | |
| 既往病史 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **以上由考生本人如实填写** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 五  官  科 | 眼 | | 裸眼  视力 | 左： | | | 矫正  视力 | 左： 矫正度数： | | | | | | | | | | 医师意见  （签字）   1. 眼科 2. 耳鼻咽喉科 3. 口腔科 |
| 右： | | | 右： 矫正度数： | | | | | | | | | |
| 其他  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 | 左： 米 | | | 其他耳疾 | | | |  | | | | | | |
| 右： 米 | | |
| 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 | | 厘米 | | | 体重 | | 千克 | | | | | | 皮肤 | | |  | 医师意见  （签字） |
| 淋巴 | |  | | | 甲状腺 | |  | | | | | | 脊柱 | | |  |
| 四肢 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 关节 | |  | | | | | | | 平跖足 | | |  | | | | |
| 其他 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 内  科 | 血 压 | | |  | | | | | | 心率 | |  | | | | | | 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 | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 腹部器官 | | | 肝 |  | | | | | | | | | | | | |
| 脾 |  | | | | | 肾 | |  | | | | | |
| 其 他 | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 化验检查 | | | | 1．血常规 2．尿常规 3．肝功能 （化验单据贴在下面粘贴处） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 胸正位片 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | 医师意见  （签字） | |
| 其他检查 | | | |  | | | 口吃 | |  | | | 外貌异常 | | | |  | | 医师意见  （签字） |
| 体检结论 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | 负责医师  （签字） | |
| 体检医院意见 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | **体检医院**  **（盖章）** | |
| 备 注 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 化验单据粘贴栏 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |