

姓 名			性 别		民 族		联系电话		照 片 体检医院骑缝章
报考学院						出生 年 月 日			
报考专业									
既往病史 (由考生本人如实填写)									
眼 科	裸 眼 视 力	右	矫 正	右 矫正度数			检查者：		医师意见
		左	视 力	左 矫正度数					
	色 觉 检 查	彩色图案及彩 色数码检查： ☐ 正常 ☐ 异常			单色识别能力检查：（色觉异常者查此项）红 ☐ 黄 ☐ 绿 ☐ 蓝 ☐ 紫 ☐			检查者：	医师签名：
		其他眼病							
内 科	血 压	mmkg				检查者：			医师意见
	发育情况	☐ 良 ☐ 中 ☐ 差			心脏及血管		☐ 正常 ☐ 其它		
	呼吸系统	☐ 正常 ☐ 其它			神经系统		☐ 正常 ☐ 其它		
	腹部器官	肝				脾			医师签名：
	其 它								
外 科	身 高	厘米		体 重	千克		检查者：		医师意见
	头 部	☐ 正常 ☐ 其它		颈 部	☐ 正常 ☐ 其它		胸 部	☐ 正常 ☐ 其它	
	脊 柱	☐ 正常 ☐ 其它		四 肢	☐ 正常 ☐ 其它		皮 肤	☐ 正常 ☐ 其它	医师签名：
	淋 巴	☐ 正常 ☐ 其它							
耳鼻 喉科	听 力	☐ 正常 ☐ 其它		嗅 觉	☐ 正常 ☐ 其它		检查者：		医师意见
	耳鼻咽喉	☐ 正常 ☐ 其它							医师签名：
血常规		医师意见 医师签名：							
肾功能 (附检查结果单)		医师意见 医师签名：							
胸部 X 检查 (附检查结果单)		医师意见 医师签名：							
肝功能 (附检查结果单)		医师意见 医师签名：							
心电图 (附检查结果单)		医师意见 医师签名：							
体检结论		审核医生签名：							

体检医院 (盖章)
年 月 日