

# 浙江工业大学研究生招生体检表

报名号					报考专业					照 片	
姓名			性别		出生年月			婚否			
身份证号				民族			职业				
籍贯			考生本人 通讯地址								
学习单位 工作单位						联系电话					
既往病史										体检医院 骑缝章	
(以上由考生本人如实填写)											
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				
		其他眼病			色觉检查				彩色图案及编号 单颜色识别 红、绿、紫、蓝、黄		
	耳	听力	右		米		耳疾				
			左		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	毫米汞柱		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 官	肝						
		脾			肾			
	其 他							
化 验 检 查 (要附化验单据)	血			肝 功			尿	
胸 部 透 视 检 查							医师签字	
其 他 检 查			口 吃			外 貌 异 常		
体 检 结 论	负责医师签字 (盖章)							
体 检 医 院 意 见	体检医院 年 月 日 (盖章)							
复 审 意 见	复审单位签字 (盖章)							
备 注								

说明：1、“既往病史”一栏，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，也将取消录取资格或取消学籍。2、考生须检查确认《体格检查表》体检结论、体检医院意见栏已填写完整，按时提交相应拟录取学院复审。