

# 体格检查表

报考第一志愿单位：\_\_\_\_\_

报考专业：\_\_\_\_\_

姓名		性 别		出生日期		体检医院 骑 缝 章				
婚 否		证件类型		证件号码						
职 业		民 族		文化程度						
籍 贯		考生本人 通讯地址								
所在单位 名 称				联系 电话						
既往病史										
五 官 科	眼	裸眼 视力	右	检查者	其他 眼病	医师意见 (签字)				
			左							
		矫正 视力	右矫正度数				色觉 检查	彩色图案及编码		7· 眼科
			左矫正度数					单颜色识别(能识别者打“√”)		
	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	Kg	皮 肤				
	淋 巴			甲状腺		脊 柱				
	四 肢									
	关 节				平跖足					
	其 他									

说明：此表由考生本人体检时贴好照片交医院。“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，也必须取消入学资格。

姓 名			性 别		专 业				
单位名称			证件类型		证件号码				
内     科	血 压	<i>mmHg</i>		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						医生签字：			
其他检查			口吃		外貌 异常				
体 检 结 论	负责医师： (签章)								
体检医院意见	体检医院： (盖章) 年 月 日								
复 审 意 见	复审单位： (盖章) 年 月 日								
备 注									