

报考攻读沈阳航空航天大学博士学位研究生体检表

报考学院：

体检日期： 年 月 日

姓 名		性 别		出生	年 月 日	婚否		照 片
学 历 层 次		民 族		政治面貌				
籍 贯	省 市（县）			本人联系电话				
现学习或 工作单位								医院骑缝章
既往病史								
（以上由考生本人如实填写）								
五官科	眼	裸 眼	右	矫 正	右	矫正度数：		医师意见 (签 字) 1. 眼 科 2. 耳 鼻 喉 科 3. 口腔科
		视 力	左	视 力	左	矫正度数：		
		其 他 眼 病				辨色力		
	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 颚			门 齿				
其 他								
外科	身 长	公分	体 重	公斤	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			口 吃			
	神 经 及 精 神						
	肺 及 呼 吸 道						
	心 脏 及 血 管						
	腹 部 器 官	肝					
		脾					
	其 他						
化 验 检 查 (要附化验单据)		血		肝 功		尿	
胸 部 放 射 线 检 查		医师签字:					
其 他 检 查							
体 检 结 论		负责医师签字: (盖章)					
体 检 医 院 意 见		体 检 医 院: (盖章)					
复 审 意 见		复审单位签字: (盖章)					
备 注							

注：做常规体检即可，至少应包括肝功测试和透视。（正反面打印）
 体检须在二级甲等以上医院进行。