

贵州民族大学 2024 年研究生入学考试体格检查表

学院 _____

专业(方向) _____

准考证号 _____

姓名		性别		出生	年	月	日	婚否		半身正面脱帽 照片一寸				
文化程度		民族			职业									
籍贯	省	市县												
考生本人通讯地址					联系电话									
既往病史										学院公章				
(以上栏目由考生本人如实填写,以下栏目考生勿填)														
五官科	眼	裸眼视力	右	矫正视力	右 矫正度数		医师意见 (签字)							
			左		左 矫正度数									
	其他眼病		色觉检查	彩色图案及编码				1、眼科						
				单颜色识别 红、绿、紫、蓝、黄										
	耳	听力	右 米		耳疾	2、耳鼻喉科								
			左 米											
	鼻	嗅觉			鼻及鼻窦疾病	3、口腔科								
颜面部				咽喉										
口腔				门齿										
其他														
外科	身高	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													

说明：进入拟录取考生请在当地**二级甲等及以上医院**进行体检（可用医院体检中心提供的入学考试体检表），体检结果扫描合并为一个PDF文件（文件名请用研究方向+考生编号+姓名）请于2024年6月1日前发至gzmu_yz@163.com；此表由考生本人体检时贴好照片后交医院。“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。

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 管	肝				
		脾		肾		
	其 他					
化 验 检 查 (要附化验单据)	血常规		肝功能		医师签字	
胸 部 爱 克 斯 线 检 查					医师签字	
其 他 检 查						
检 查 结 果	负责医师签字 (盖章)					
审 查 单 位 意 见	审查单位: (盖章)					
复 审 意 见	复审单位签字 (盖章)					
备 注						

年 月 日