附件5

**江苏科技大学2025年博士研究生入学考试体格检查表**

报考院系： 报考专业：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | | 出生日期 | |  | | | | | |  | |
| 性别 | |  | | | 考生来源 | |  | | | | | |
| 婚否 | |  | | | 联系电话 | |  | | | | | |
| 民族 | |  | | | 报考类别 | |  | | | | | |
| 学习工 作单位 | |  | | | | | | | | | | |
| 通讯地址 | |  | | | | | | | | | | |
| 既往病史 | |  | | | | | | | | | | |
| （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 | | | 彩色图案及编码 | | | | |
| 单颜色识别：  红、绿、紫、蓝、黄 | | | | |
| 耳 | | 听力 | 右 米 | | | | |  | | | | |
| 左 米 | | | | |  | | | | |
| 鼻 | | 嗅觉 |  | | | 鼻及鼻窦疾病 | | | | |  | |
| 颜面部 | |  | | | | 咽喉 | | | | |  | |
| 口腔 | | 唇 |  | | | 门牙 | | | | |  | |
| 其他 | |  | | | | | | | | | | |
| 外  科 | 身高 | | 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 | |  | | | | | 平拓足 | |  | | | |
| 其他 | |  | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 内  科 | 血压 | 毫米  汞柱 | | | | | 心率 | | |  | 医师意见  （签字） | |
| （次/分） | | |
| 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） | | 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：此表由考生本人体检时交医院。“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。**