体格检查表

报考专业： 报名号:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | | 性  别 |  | | | 出生  日期 | 年 月 日 | | | | 婚否 |  | 半 正  照 身 面  片 一 脱  寸 帽 |
| 文化程度 | |  | | | 民 族 | | | |  | 职 业 | |  | | | |
| 籍 贯 | |  | | | 考生本人  通讯地址 | | | |  | | | | | | |
| 所在单位 | |  | | | | | | | | 联系电话 | |  | | | |
| 既往病史 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| ***（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)  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 | | | | | | 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 | |  | | | | | | | | | | | | |

说明：此表应双面打印，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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | 肝功 | |  | | | 肾功 | | |  | |
| 胸 部 透 视  检 查 | |  | | | | | | | | | | 医师意见  (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 | |  | | | | | | | | | | | | |