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 |  |