

体 格 检 查 表

报考单位：

报考专业：

考生编号：

姓 名		性 别		民 族		职 业		缝章 (加盖体检医院骑 半身免冠一寸照片)	
出生日期	年 月 日	婚 否		籍 贯		省			
工作单位									
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	公尺		耳 疾			
			左	公尺					
	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		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：此表由考生本人体检时贴好照片交医院。“既往病史”一栏，考生必须如实填写，如发现隐瞒严重病情，不符合体检标准的，即使已录取入学，也必须取消入学资格。

体格检查表

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						
	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	
胸片 (DR) 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							

注：此页请打印于第一页背面。