

# 体格检查表

所报考(调剂)学院:

专业:

姓名		性别		出生日期					
婚否		证件类型		证件号码					
职业		民族		文化程度					
籍贯		考生本人 通讯地址							
所在单位名称				联系电话					
既往病史							体验医院 骑缝章		
五官科	眼	裸眼 视力	右	检查者	其他 眼病	医师意见 (签字)			
			左						
		矫正 视力	右矫正度数		色觉 检查			彩色图案及编码	
			左矫正度数					单颜色识别(能识别者打“√”) 红 <input type="checkbox"/> 绿 <input type="checkbox"/> 紫 <input type="checkbox"/> 蓝 <input type="checkbox"/> 黄 <input type="checkbox"/>	
	耳	听力	右	米	耳疾	1.眼科			
			左	米					
	鼻	嗅觉	鼻及鼻窦疾病					2.耳鼻眼科	
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。

姓名				性别			专业			
单位名称				证件类型			证件号码			
内科	血压	mmHg			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									
	腹部器官	肝								
		脾			肾					
	其他									
转氨酶检查 (要附化验单据)										
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										