报考院系 报考专业 体检日期 体检号 组 号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** | |  | | **出生日期** | |  | | **民族** | |  | 【照 片】  （体检机构加盖骑缝章） |
| **性 别** | |  | | **籍 贯** | |  | | **婚否** | |  |
| **毕业院校** | |  | | | | **联系电话** | |  | | |
| **现 住 址** | |  | | | | | | | | |
| **既往病史（此栏由学生如实提供）** | |  | | | | | | | | | |
| **眼科** | **色 觉**  **检 查** | 俞自萍色盲检查图（ ）  **单色识别能力检查：**  红（ ）黄（ ）绿（ ）蓝（ ）紫（ ） | | | | | | | 检查者： | | 检查结果：  医师签名： |
| **内**  **科** | **血压** **／** mmHg | | | | | | | 检查者： | | | 检查结果：  医师签名： |
| **发 育 情 况** | |  | | | | | | | |
| **心 脏 及 血 管** | |  | | | | | | | |
| **呼 吸 系 统** | |  | | | | | | | |
| **神 经 系 统** | |  | | | | | | | |
| **腹 部 器 官** | | 肝 厘米 性质  脾 厘米 性质 | | | | | | | |
| **外**  **科** | **身高** 厘米 **体重** 千克 | | | | | | | 检查者： | | | 检查结果：  医师签名： |
| **皮 肤** |  | | | **面 部** | |  | | | |
| **颈 部** |  | | | **脊 柱** | |  | | | |
| **四 肢** |  | | | **关 节** | |  | | | |
| **淋 巴** |  | | | **其他** | |  | | | |
| **胸片** | |  | | | | | | | | | 医师签名： |
| **血液检测** | | （包括血常规和转氨酶） | | | | | | | | | 医师签名： |
| **体检机构**  **意 见** | | **考生 体检结果为：**  1.合格□ 2.专业受限□ 3.不合格□  **其他需要说明的问题：**  主检医师签名： 体检机构公章  年 月 日 | | | | | | | | | |
| **有关说明** | | **1. 考生照片由体检机构盖骑缝章。**  **2.“既往病史”一栏，务必如实填写，不得隐瞒严重病史。**  **3. 考生和体检机构必须如实检查，一旦发现有弄虚作假或隐瞒真实情况的行为，无论是否入学，我校都将取消考生录取资格，并追究相关人员责任。** | | | | | | | | | |

**注： 本表请正反面打印。**