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。**