

体格检查表

报考第一志愿单位: _____

报考专业: _____

姓 名			性 别			出生日期				体检医院 骑 缝 章
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										
五官科	眼	裸眼 视力	右		检查者	其他 眼病				医师意见 (签字) 1. 眼科
			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“√”)				
	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	Kg	皮 肤		
	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							
化 验 检 查 （要附化验单据）		血		肝功		尿		
胸部透视检查						医生签字：		
其 他 检 查				口吃		外貌 异常		
体 检 结 论		负责医师：（签章）						
体检医院意见		体检医院：（盖章） 年 月 日						
复 审 意 见		复审单位：（盖章） 年 月 日						
备 注								

