**华东理工大学2022年专业学位博士普通招考考生体检通知**

华东理工大学对考生的体检要求参照教育部、卫生部、中国残联印发的《普通高等学校招生体检工作指导意见》（教学〔2003〕3号）以及《教育部办公厅 卫生部办公厅关于普通高等学校招生学生入学身体检查取消乙肝项目检测有关问题的通知》（教学厅〔2010〕2号）规定执行。

请报考2022年普通招考博士研究生的考生到当地二甲以上（含二甲）医院进行体检，体检项目为：抽血化验、胸透、血压、视力、身高体重、嗅觉、辨色力、内外科。附件“体格检查表”可作参考,具体表格形式以当地医院为准。

体检表的有效期为2022年1月-2022年3月。

附件：体格检查表

华东理工大学研究生招生办公室

2022年1月

**体 格 检 查 表**

报考第一志愿单位： 华东理工大学 报考专业：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | | |  | | | 性  别 |  | | 出生 年 月 日 | | | | | | | | | 婚否 | | |  | 照 片 |
| 文化程度 | | |  | | | | | 民族 | | | |  | | 职业 | | | | |  | | |
| 籍 贯 | |  | | | | 考生本人通讯地址 | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 所在单位名称 | | | |  | | | | | | | | | | | | 联系电话 | | | |  | | 体检医院  骑 缝 章 |
| 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 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 | | | 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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 部放 射 线  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 | |  | | | | | | | | | | | |