

四川省二〇二 年研究生招生考生体格检查表

本人联系电话

报考第一志愿单位：

报考专业：

考生号 <input type="text"/>				所在单位名称				半身一寸正面脱帽照片 体检医院骑缝章						
姓名		性别		婚否		出生年月日						区(县)		
既往病史 (此栏由考生如实填写)				病史标志： 有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 病 史：										
眼 科	左		右		矫正视力		右 <input type="text"/> <input type="text"/> 左 <input type="text"/> <input type="text"/>		检查者		彩色图案及彩色数码检查： 正常 <input type="checkbox"/> 轻度色觉异常 <input type="checkbox"/> 色觉异常Ⅱ度 <input type="checkbox"/> 单色识别能力检查： (色觉异常者查此项，只填涂能识别的) 红 <input type="checkbox"/> 黄 <input type="checkbox"/> 绿 <input type="checkbox"/> 蓝 <input type="checkbox"/> 紫 <input type="checkbox"/>		医师提示： 学校可以不予录取： 学校有关专业可不予录取： 不宜就读的专业： 未见异常： <input type="checkbox"/> 签名：	
	裸眼视力		矫正度数		右		左		色觉检查					
	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>					
	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>					
其他														
耳 鼻 喉 科	听力		右耳 <input type="text"/> 米		左耳 <input type="text"/> 米		检查者：		医师提示： 学校可以不予录取： 学校有关专业可不予录取： 不宜就读的专业： 未见异常： <input type="checkbox"/> 签名：					
	嗅觉		正常 <input type="checkbox"/>		迟钝 <input type="checkbox"/>		丧失 <input type="checkbox"/>						检查者：	
	耳鼻咽喉		正常 <input type="checkbox"/>		其他 <input type="checkbox"/>		其他							
内 科	血压		<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> mm Hg		检查者：		发育情况 良 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 差 <input type="checkbox"/>		医师提示： 学校可以不予录取： 学校有关专业可不予录取： 不宜就读的专业： 未见异常： <input type="checkbox"/> 签名：					
	心脏及血管		正常 <input type="checkbox"/>		其他 <input type="checkbox"/>		呼吸系统 正常 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/>						神经系统 正常 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/>	
	腹部器官		肝 正常 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/>		脾 正常 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/>									
	其他													
胸 部 透 视	其他 <input type="checkbox"/>		其他 <input type="checkbox"/>		其他		医师提示： 学校可以不予录取： 学校有关专业可不予录取： 不宜就读的专业： 未见异常： <input type="checkbox"/> 签名：							
身高/厘米		体重/千克		检查者		外 科		皮肤 正常 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/>		面部 正常 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/>		医师提示： 学校可以不予录取： 学校有关专业可不予录取： 不宜就读的专业： 未见异常： <input type="checkbox"/> 签名：		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>				颈部 正常 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/>		脊柱 正常 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/>				
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>				四肢 正常 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/>		关节 正常 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/>				
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>				其他						
口 腔 科	是否口吃		是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		其他		医师提示： 学校可以不予录取： 学校有关专业可不予录取： 不宜就读的专业： 未见异常： <input type="checkbox"/> 签名：							
	口腔		正常 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/>											
转 氨 酶	正常 <input type="checkbox"/>		其他 <input type="checkbox"/>		单位		诊断：		签名：					
体 检 医 院 提 示	学校可以不予录取： 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>						主检医师签名：							
	学校有关专业可不予录取： 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>						体检医院(章) 月 日							
不宜就读的专业： 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>														
未见异常 <input type="checkbox"/>						未参检 <input type="checkbox"/>								
备注：填涂框□可用黑色墨水笔打√。医师提示栏内：“未见异常”用黑色墨水笔涂黑方框；“学校可以不予录取”、“学校有关专业可不予录取”、“不宜就读的专业”，医师用阿拉伯数字直接写出相对应的条款序号。														