|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **四川省研究生招生考生体格检查表**  **报考第一志愿单位： 报考专业：** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 本人联系电话 |
| **报名号□□□□□□□□□□□□□□□** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **所在单位名称** | | | | | |  | | | | | **正面脱帽**  **半身一寸**  **黑白照片** |
| **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 □ 无 □  病 史： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 体检医院  骑 缝 章 |
| **眼**  **科** |  | 左 | | | | | | 右 | | | 矫正视力 | | | 右□□　左□□ | | | | | | | | 检查者 | | 色  觉  检  查 | 彩色图案及彩色数码检查：  正常 轻度色觉异常 色觉异常Ⅱ度  □ □ □ | | | | | 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： □  签名： | | |
| **裸眼视力** |  | | | |  | |  | |  |
| ［ 0］  ［ 1］  ［ 2］  ［ 4］  ［ 8］ | | | | ［ 0］  ［ 1］  ［ 2］  ［ 4］  ［ 8］ | | ［ 0］  ［ 1］  ［ 2］  ［ 4］  ［ 8］ | | ［ 0］  ［ 1］  ［ 2］  ［ 4］  ［ 8］ |
| 矫正度数 | | | |  |  |  | | --- | --- | --- | | 右 | ［ ＋］  ［ －］  ［ ＋］  ［ －］ | □□□□  □□□□ | | 左 | | | | | | | | | | 单色识别能力检查：  (色觉异常者查此项，只填涂能识别的)  红 □ 黄 □ 绿 □ 蓝 □ 紫 □ | | | | |
| 其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **耳**  **鼻**  **喉**  **科** | 听力 | | | | | | | | 右耳 □ 米 左耳 □ 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： □  签名： | | |
| 嗅觉 | | | | | | | | 正常 □ 迟钝 □ 丧失 □ | | | | | | | | | | | | | | | | | | 检查者： | | | | |
| 耳鼻咽喉 | | | | | | | | 正常 □ 其他 □ | | | | | | | | 其他 | | | | | | | | | | | | | | |
| **内**  **科** | 血压 | | | | □□□/□□□㎜ Hg | | | | | | | | | | | | | | 检查者： | | | | | | | | 发育情况 良 □ 中 □ 差 □ | | | | | 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： □  签名： | | |
| 心脏及血管 正常 □ 其他 □ | | | | | | | | | | | | | | | | | 呼吸系统 正常 □ 其他 □ | | | | | | | | | 神经系统 正常 □ 其他 □ | | | | |
| 腹部器官 | | | | | | | | | | | | | | 肝 正常 其他 | | | | | | | | | | | | 脾 正常 □ 其他 □ | | | | |
| 其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **胸部透视** | 正常 □ 其他 □ | | | | | | | | | | | | 其他 | | | | | | | | | | | | | | 医师提示： 不宜就读的专业：  学校可以不予录取： 未见异常： □  学校有关专业可不予录取： 签名： | | | | | | | |
| 身高/厘米 | | | | | | | 体重/千克 | | | | | | | | | 检查者 | | | 外  科 | | 皮肤 正常 □其他 □ | | | | | | 面部 正常 □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： □  签名： | |
|  |  | |  | | | |  | | |  | |  | | | | 颈部 正常 □其他 □ | | | | | | 脊柱 正常 □其他 □ | | | | | |
| ［ 0］  ［ 1］  ［ 2］  ［ 4］  ［ 8］ | ［ 0］  ［ 1］  ［ 2］  ［ 4］  ［ 8］ | | ［ 0］  ［ 1］  ［ 2］  ［ 4］  ［ 8］ | | | | ［ 0］  ［ 1］  ［ 2］  ［ 4］  ［ 8］ | | | ［ 0］  ［ 1］  ［ 2］  ［ 4］  ［ 8］ | | ［ 0］  ［ 1］  ［ 2］  ［ 4］  ［ 8］ | | | | 四肢 正常 □其他 □ | | | | | | 关节 正常 □其他 □ | | | | | |
| 其他 | | | | | | | | | | | |
| **口腔科** | 是否口吃 | | | | | | 是 □ 否 □ | | | | | | | | | 其他 | | | | | | | | | | | 医师提示： 不宜就读的专业：  学校可以不予录取： 未见异常： □  学校有关专业可不予录取： 签名： | | | | | | | |
| 口腔 | | | | | | 正常□ 其他□ | | | | | | | | |
| **乙型肝炎表面抗原**  拟报备注“1“所列考生须作此项检查，其他考生可不查此项 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 阴性 □ 阳性 □ | | | | 签名： | | | |
| **体**  **检**  **医**  **院**  **提**  **示** | | 学校可以不予录取：  1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5 □ 6 □  学校有关专业可不予录取：  1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5 □ 6 □  不宜就读的专业：  1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5 □ 6 □  7 □ 8 □ 9 □  未见异常：□ 未参检 □ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 主检医师签名： | | | | | | |
| 体检医院 (章)  月 日 | | | | | | |
| 备注：1.凡拟报考学前教育、航海技术、飞行技术、营养和食品等学科事业以及招生单位提出要求的考生，必须进行乙型肝炎表面抗原化验检查。  2.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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |