

## 2017年博士生复试体格检查表

报考单位:

报考院系/专业:

姓名		性别		出生日期		照 片				
婚否		证件类型		证件号码						
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						体检医院骑缝章				
五官科	眼	裸眼视力	右		检查者	其他眼病	医师意见 (签字)			
			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							
	耳	听力	右 米			耳疾	2.耳鼻喉科			
			左 米							
	鼻	嗅觉				鼻及鼻窦疾病	3.口腔科			
颜面部				咽喉						
口腔	唇				门齿					
其他										
外科	身长	厘米		体重	千克		医师意见 (签字)			
	淋巴			甲状腺						
	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						