

## 2018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<br>(签字) |       |  |  |
|          |     |      | 左     |      |        |         |              |       |  |  |
|          |     | 矫正视力 | 右矫正度数 |      |        |         |              | 色觉检查  | 彩色图案及编码<br>单颜色识别(能识别者打“√”)<br>红 <input type="checkbox"/> 绿 <input type="checkbox"/> 紫 <input type="checkbox"/> 蓝 <input type="checkbox"/> 黄 <input type="checkbox"/> |  |
|          |     |      | 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<br>(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<br>(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           |                |      |    |         |              |  |