

贵州民族大学_____年研究生入学考试体格检查表

_____学院

_____专业

准考证号_____

姓 名		性 别		出 生	年	月	日	婚 否		半 正 身 面 照 身 片 一 一 寸 脱 帽
文化程度		民 族				职 业				
籍 贯		省		市 县						
考生本人 通讯地址						联系 电话				
既往病史										学院公章
(以上栏目由考生本人如实填写,以下栏目考生勿填)										
五 官 科	眼	裸眼 视力	右	矫正 视力	右 矫正度数		医师意见 (签字)			
			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		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				门 齿					
	其他									
外 科	身长	公分	体重	公斤	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并经复试学院盖章后交医院。“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					
	呼 吸 系 统					
	心脏及 血 管					
	腹 部 器 管	肝				
		脾		肾		
	其 他					
化 验 检 查 (要附化验单据)	血常规		肝功能		医师签字	
胸 部 爱 克 斯 线 检 查					医师签字	
其 他 检 查						
检 查 结 果	负责医师签字 (盖章)					
审查单位意见	审查单位: (盖章)					
复 审 意 见	复审单位签字 (盖章)					
备 注						

年 月 日