

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					黑白照片 半身一寸 正面脱帽										
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"/>										体检医院 骑缝章					
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"/>					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：								
	裸眼视力		矫正度数			右 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					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"/>														
	<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"/>	<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"/>
	<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"/>	<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"/> <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"/>									
	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"/>					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：									
	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			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"/>								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"/>								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"/>								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"/>					诊断：					签名：									
<input type="text"/>					<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 单位																				
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"/>																								
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"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>										体检医院(章) 月 日															
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。