

四川省二〇 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				
姓名		性别		婚否		
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"/>		出生 年 月 日 区(县)		
		病 史：		黑 白 照 片 半 身 一 寸 正 面 脱 帽		
				体检医院 骑 缝 章		
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 色 觉 检 查	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	矫正度数	右 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	左 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
其他				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"/>		
				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"/>		
				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：		
耳 鼻 喉 科	听力	右耳 <input type="text"/> 米 左耳 <input type="text"/> 米		检查者：		
	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				
				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：		
内 科	血压	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mm Hg	检查者：	
	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"/>	
	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"/>	
	其他				发育情况 良 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 差 <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：		
胸部透视		其他 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 其他				
外 科	身高/厘米	体重/千克	检查者		皮肤 正常 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>			面部 正常 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>			颈部 正常 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>			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"/>		
				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 科	是否口吃	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		其他		
	口腔	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：		
转 氨 酶	正常	其他 <input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 单位		诊断：		
				签名：		
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： 体检医院(章) 月 日	
	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"/>					
				未见异常 <input type="checkbox"/> 未参检 <input type="checkbox"/>		
备注：填涂框 <input type="checkbox"/> 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。						