**研究生复试体格检查表**

学 院 复试号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** | | | | **性别** | | | | | **照**  **片** |
| **出生年月** | | | | **联系电话** | | | | |
| **既 往 史 无（ ）有（ ）有请注明疾病：** | | | | | | | | |
| **五**  **官**  **科** | 眼 | 裸眼 视力 | 右 | | | 矫正视力 | | 右 |
| 左 | | | 左 | 负责医生 |
| 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 | | | 耳 疾 | | 右 | 负责医生 |
| 左 | | | 左 |
| 鼻 | 嗅 觉 | | | 鼻及鼻窦疾病 | | | |
| **形态** | 身高(cm) | | | | 体重(kg) | | | | 负责医生 |
| **内**  **科** | 血压 mmHg | | | | 心率 （次/分） | | | | 负责医生 |
| 发育及营养 | |  | | | | | |
| 神经及精神 | |  | | | | | |
| 呼吸系统 | |  | | | | | |
| 心血管系统 | |  | | | | | |
| 腹部脏器 | | 肝 | | | | | |
| 脾 | | | | | |
| **心电图** |  | | | | | | | | 负责医生 |
| **外**  **科** | 淋巴结 | | 甲状腺 | | | | 皮肤 | | 负责医生 |
| 四肢 | | 关节 | | | | 脊柱 | |
| **胸片（DR）** |  | | | | | | | | 负责医生 |

|  |  |
| --- | --- |
| **ALT血液检验报告单** | |
| **体检结论** | 负责医生签名（盖章） |
| **体检医院意见** | 体检医院（盖章） |

体检日期 年 月 日