**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