

四川省二〇二 四 年研究生招生考试考生体格检查表

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"/>		左 <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"/>			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		左		色觉检查		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"/>
	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"/>		mm Hg		检查者：		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：								
	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"/>									
	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		检查者		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"/>		<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"/>		<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																						
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"/>		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：											
	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。