

北京市

年研究生招生体格检查表

报考单位_____报考专业_____

身份证号_____准考证号_____

姓 名			性别		年龄		民族		【相 片】		
既往病史(此栏由 学生如实提供)											
眼 科	裸 眼 视 力	右	矫正 视力	右 矫正度数		检查者	医师签名				
		左		左 矫正度数							
	色 觉 检 查	彩色图案及彩色数码检查: 空后色觉检查图 () 俞自萍色盲检查图 () 单色识别能力检查: 红 () 黄 () 绿 () 蓝 () 紫 ()					检查者				
	眼 病										
内 科	血 压 / mmHg					检查者	医师签名				
	发 育 情 况										
	心 脏 及血管										
	呼 吸 系 统										
	神 经 系 统				口 吃						
	腹 部 器 官	肝	厘米	性质							
	脾	厘米	性质								
其 它											

外科	身高 厘米 体重 千克		检查者	医师签名	
	皮 肤		面 部		
	颈 部		脊 柱		
	四 肢		关 节		
	其 它				
耳鼻喉科	听 力	左耳 米	右耳 米	检查者	医师签名
	嗅 觉			检查者	
	耳 鼻 咽 喉				
口腔科	唇 腭				医师签名
	牙 齿				
	其 它				
胸部 X 射线检查					医师签名
化 验		丙氨酸氨基转移酶 (ALT)			医师签名
体检机构 意见		<p>请各招生单位根据以上体检结果，参照执行《普通高等学校招生体检工作指导意见》（教学【2003】3号），确定该生身体条件是否可以录取。</p> <p>主检医师签名：_____ 体检机构公章 _____</p> <p>年 月 日</p>			