

# 曲靖师范学院硕士研究生体格检查表

拟录取学院：

考生姓名：

准考证号：

拟录取专业代码及名称：

报考类别：全日制

姓名		性别		出生日期	年 月 日	婚否		彩色半身正面免冠一寸照片	
文化程度		民族		职业					
籍贯		考生本人通讯地址							
所在单位名称					联系电话				
既往病史							体检医院 骑缝章		
(以上由考生本人如实填写)									
五官科	眼	裸眼视力	右	矫正视力	右 矫正度数			医师意见 (签字)	
			左		左 矫正度数				
		其他眼病	色觉检查	彩色图案及编码					
				单颜色识别 红、绿、紫、蓝、黄					
	耳	听力	右米		耳疾				
			左米						
	鼻	嗅觉			鼻及鼻窦疾病				
颜面部				咽喉					
口腔	唇			门齿					
其他									
外科	身長	厘米		体重	千克		皮肤	医师意见 (签字)	
	淋巴			甲状腺			脊柱		
	四肢								
	关节				平跖足				
	其他								

说明：此表由考生本人体检时贴好照片交医院。“既往病史”一栏，考生必须如实填写，如发现隐瞒严重疾病，不符合体检标准的，即使已录取入学，也必须取消入学资格。

(若体检医院选用医院自己的体检表，体检项目必须涵盖此份体检表的所有项目。)

内 科	血 压	毫米汞柱		心 率 (次/分)	医师意见 (签字)			
	发育及 营养状况							
	神 经 及 精 神							
	呼 吸 系 统							
	心 脏 及 血 管							
	腹 部 器 官	肝						
		脾					肾	
其 他								
化 验 检 查 (要附化验单据)	血常规		肝功能		尿常规			
胸 部 透 视 检 查 (要附检查单据)					医师签字			
其 他 检 查		口 吃			外 貌 异 常			
体 检 结 论	负责医师签字： (体检医院盖章) 年 月 日							
复 审 意 见	复审单位签字 (盖章)							
备 注								

下载使用说明：请采用白色 A4 打印纸双面打印。