

中山大学

20 年拟录取硕士研究生体格检查表

拟录取院系代码：

拟录取院系名称：

准考证号：

拟录取专业：

考生联系电话：

| | | | | | | | | | | | |
|---------------|----|-------------|----------|--------------------|--------|--------|----|----|--|----------------------|--|
| 姓名 | | 性别 | | 出生 | 年 | 月 | 日 | 婚否 | | 半脱 身帽 一寸 照片 | |
| 文化程度 | | 民族 | | 职业 | | | | | | | |
| 籍贯 | | 考生本人 通讯处 | | | | | | | | | |
| 所在单位 名称 | | | | | | | | | | | |
| 既往病史 | | | | | | | | | | | |
| (以上由考生本人如实填写) | | | | | | | | | | | |
| 五官科 | 眼 | 裸视力 | 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 公尺 | | | 耳疾 | | | | | |
| | | | 左 公尺 | | | | | | | | |
| | 鼻 | 嗅觉 | | | | 鼻及鼻窦疾病 | | | | | |
| 颜面部 | | | | | 咽喉 | | | | | | |
| 口腔 | 唇 | | | | 门齿 | | | | | | |
| 其他 | | | | | | | | | | | |
| 外科 | 身长 | 厘米 | | 体重 | 公斤 | | 皮肤 | | | | |
| | 淋巴 | | | 甲状腺 | | | 脊柱 | | | | |
| | 四肢 | | | | | | | | | | |
| | 关节 | | | | 平跖足 | | | | | | |
| | 其他 | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | 医师意见 (签字) | |

说明：此表由考生本人体检完成后交校区门诊部。“既往病史”一栏，考生必须如实填写，如发现隐瞒疾病，不符合体检标准的，即使已录取，也将取消入学资格。

| | | | | | | | |
|---------------------|------------------|------------|----------------|--|--------------|--------------|--|
| 内 科 | 血 压 | 毫 米 汞 柱 | 脉 博 (次 / 分) | | | 医师意见 (签字) | |
| | 发 育 及 营 养 状 况 | | | | | | |
| | 神 经 及 精 神 | | | | | | |
| | 肺 及 呼 吸 道 | | | | | | |
| | 腹 部 器 官 | 肝 | | | | | |
| | | 脾 | | | | | |
| 其 他 | | | | | | | |
| 化 验 检 查 (要附化验单据) | 血 常 规 | | 肝 功 二 项 | | 尿 糖 尿 蛋 白 | | |
| 胸 部 放 射 线 检 查 | | | | | 医 师 签 字 | | |
| 其 他 检 查 | | | 口 吃 | | 外 貌 异 常 | | |
| 体 检 结 论 | 负责医师签字 | | | | | (盖章) | |
| 体 检 医 院 意 见 | 体检医院 | | | | | 年 月 日 (盖章) | |
| 复 审 意 见 | 复审单位签字 | | | | | (盖章) | |
| 备 注 | | | | | | | |

此表请用 A4 纸双面打印 (复印)。