浙江万里学院研究生招生体检表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 准考  证号 |  | | | | | | | 报考  专业 | |  | | | | | | | | 照  片 |
| 姓名 |  | | | | 性  别 | |  | 出生  年月 | |  | | | | | 婚  否 |  | |
| 身份  证号 |  | | | | | | 民  族 |  | | | | 职业 | |  | | | |
| 籍贯 |  | | | 考生本人通讯地址 | | | |  | | | | | | | | | |
| 学习单位  工作单位 | |  | | | | | | | | | | 联系  电话 |  | | | | |
| 体验医院骑 缝 章 |
| 既往病史 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **（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）  1、 眼科  2、 耳鼻喉科  3、 口腔科 | |
| 左 | | | | 左 矫正度数 | | | | | |
| 其他眼病 |  | | | | 色觉检查 | | | 彩色图案及编号 | | | | | |
| 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 | 身长 | | 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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | | 肝功 | | |  | | | 尿 | |  | |
| 胸部透视检 查 | |  | | | | | | | | | 医师签字 | | | |
| 心电图 | |  | | | | | | | | | 医师签字 | | | |
| 其他检查 | |  | | 口 吃 | | |  | | | | 外 貌  异 常 | | |  |
| 体 验 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 |  | | | | | | | | | | | | |