

华南师范大学研究生体格检查表

(此表请双面打印)

报考学院：
准考证号码：

报考专业：
编号：

姓 名		性 别		出 生 年 月 日	婚 否		免冠照片 体检医院 骑 缝 章	
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								
(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		医生意见 (签字)	
			左		左 矫正度数			
		其它 眼病		色 觉 检 查	彩色图案及编码			1. 眼科
	单颜色识别 红、绿、紫、蓝、黄							
	耳	听力	右	米				2. 耳鼻喉科
			左	米				
	鼻	嗅觉			鼻及耳 窦疾病		3. 口腔科	
颜面 部				咽 喉				
口腔	唇			门 牙				
其它								
外 科	身長	厘米		体 重	千克	皮 肤	医生意见 (签字)	
	淋巴			甲 状 腺		脊 柱		
	四肢							
	关节				平 跖 足			
	其它							

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)			医生意见 (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 它								
化 验 检 查 (要附化验单据)	血		肝功		尿			
胸 部 透 视 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								