

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<br>身 帽<br>一 照<br>寸 片 |
| 文化程度          |         | 民 族         |      | 职 业        |                    |     |   |        |              |                          |
| 籍 贯           |         | 考生本人<br>通讯处 |      |            |                    |     |   |        |              |                          |
| 所在单位<br>名 称   |         |             |      |            |                    |     |   |        |              |                          |
| 既往病史          |         |             |      |            |                    |     |   |        |              | 体检医院<br>骑缝章              |
| (以上由考生本人如实填写) |         |             |      |            |                    |     |   |        |              |                          |
| 五官科           | 眼       | 裸 眼<br>视 力  | 右    | 矫 正<br>视 力 | 右 矫正度数             |     |   |        | 医师意见<br>(签字) |                          |
|               |         |             | 左    |            | 左 矫正度数             |     |   |        |              |                          |
|               |         | 其 他<br>眼 病  |      | 色 觉<br>检 查 | 彩色图案及编码            |     |   |        |              |                          |
|               |         |             |      |            | 单颜色识别<br>红、绿、紫、蓝、黄 |     |   |        |              |                          |
|               | 耳       | 听 力         | 右 公尺 |            | 耳 疾                |     |   | 2、耳鼻喉科 |              |                          |
|               |         |             | 左 公尺 |            |                    |     |   |        |              |                          |
|               | 鼻       | 嗅 觉         |      |            | 鼻 及 鼻<br>窦 疾 病     |     |   |        | 3、口腔科        |                          |
|               | 颜面<br>部 |             |      |            | 咽 喉                |     |   |        |              |                          |
|               | 口腔      | 唇           |      |            | 门 齿                |     |   |        |              |                          |
|               | 其他      |             |      |            |                    |     |   |        |              |                          |
| 外科            | 身长      | 厘米          |      | 体 重        | 公斤                 | 皮 肤 |   |        | 医师意见<br>(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<br>(次 / 分) |            |  | 医师意见<br>(签字) |
|                     | 发 育 及<br>营养状况   |         |      |                |            |  |              |
|                     | 神 经 及<br>精 神    |         |      |                |            |  |              |
|                     | 肺 及<br>呼 吸 道    |         |      |                |            |  |              |
|                     | 腹 部<br>器 官      | 肝       |      |                |            |  |              |
|                     |                 | 脾       |      |                |            |  |              |
|                     | 其 他             |         |      |                |            |  |              |
| 化 验 检 查<br>(要附化验单据) | 血常规             |         | 肝功二项 |                | 尿糖<br>尿蛋白  |  |              |
| 胸 部 放 射 线<br>检 查    |                 |         |      |                | 医师签字       |  |              |
| 其 他 检 查             |                 |         | 口 吃  |                | 外 貌<br>异 常 |  |              |
| 体 检 结 论             | 负责医师签字 (盖章)     |         |      |                |            |  |              |
| 体 检 医 院<br>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）。