

# 北京市 2017 年研究生招生体格检查表

报考单位 \_\_\_\_\_ 报考专业 \_\_\_\_\_

身份证号 \_\_\_\_\_ 准考证号 \_\_\_\_\_

| 姓 名                |                                  | 性 别  |            | 年 龄    |     | 民 族 |       |  |
|--------------------|----------------------------------|--|------------|--------|-----|-----|-------|--|
| 既往病史(此栏由学生如实提供)    |                                  |  |            |        |     |     | 【相 片】 |  |
| 眼<br><br><br>科     | 裸 眼<br>视 力                       | 右  | 矫 正<br>视 力 | 右 矫正度数 |     | 检查者 | 医师签名  |  |
|                    |                                  | 左  |            | 左 矫正度数 |     |     |       |  |
|                    | 色 觉<br>检 查                       | 彩色图案及彩色数码检查：<br>空后色觉检查图 ( ) 俞自萍色盲检查图 ( )<br>单色识别能力检查：<br>红 ( ) 黄 ( ) 绿 ( ) 蓝 ( ) 紫 ( ) |            |        |     | 检查者 |       |  |
| 眼 病                |                                  |  |            |        |     |     |       |  |
| 内<br><br><br><br>科 | 血 压            /            mmHg |  |            |        |     | 检查者 | 医师签名  |  |
|                    | 发 育<br>情 况                       |  |            |        |     |     |       |  |
|                    | 心 脏<br>及 血 管                     |  |            |        |     |     |       |  |
|                    | 呼 吸<br>系 统                       |  |            |        |     |     |       |  |
|                    | 神 经<br>系 统                       |  |            |        | 口 吃 |     |       |  |
|                    | 腹 部<br>器 官                       | 肝  | 厘米         | 性质     |     |     |       |  |
|                    |                                  | 脾  | 厘米         | 性质     |     |     |       |  |
| 其 它                |                                  |  |            |        |     |     |       |  |

|           |  |    |    |    |      |      |      |
|-----------|--|----|----|----|------|------|------|
| 外科        | 身高   | 厘米 | 体重 | 千克 | 检查者  | 医师签名 |      |
|           | 皮肤   |    |    | 面部 |      |      |      |
|           | 颈部   |    |    | 脊柱 |      |      |      |
|           | 四肢   |    |    | 关节 |      |      |      |
|           | 其它   |    |    |    |      |      |      |
| 耳鼻咽喉科     | 听力   | 左耳 | 米  | 右耳 | 米    | 检查者  | 医师签名 |
|           | 嗅觉   |    |    |    | 检查者  |      |      |
|           | 耳鼻咽喉   |    |    |    |      |      |      |
| 口腔科       | 唇腭   |    |    |    |      | 医师签名 |      |
|           | 牙齿   |    |    |    |      |      |      |
|           | 其它   |    |    |    |      |      |      |
| 胸部 X 射线检查 |  |    |    |    | 医师签名 |      |      |
| 化验        | 丙氨酸氨基转移酶 (ALT)   |    |    |    | 医师签名 |      |      |
| 体检机构意见    | <p>请各招生单位根据以上体检结果，参照执行《普通高等学校招生体检工作指导意见》(教学【2003】3号)，确定该生身体条件是否可以录取。</p> <p>主检医师签名：_____ 体检机构公章 _____</p> <p>年 月 日</p> |    |    |    |      |      |      |