

中山 大 学

20_____年拟录取港澳台研究生体格检查表

拟录取院系代码： 拟录取院系名称： 拟录取类型：（硕士/博士）

身份证号： 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 照 寸 片
文化程度		民 族		职 业						
籍 贯		本人 通讯地址								
所在单位 名 称										
既往病史										体检医院 骑缝章

（以上由拟录取港澳台研究生本人如实填写）

五官科	眼	裸 眼 视 力	右	矫 正 视 力	右 矫正度数				医师签名：		
			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					医师签名：
			左 公尺								
鼻	嗅 觉				鼻 及 鼻 窦 疾 病						
颜面部					咽 喉						
口腔	唇				门 齿				医师签名：		
其他											
外科	身长	厘米	体 重	公斤	皮 肤					医师签名：	
	淋巴			甲 状 腺	脊 柱						
	四肢										
	关节				平 跖 足						
	其他										

说明：此表由拟录取港澳台研究生本人体检完成后交院系。“既往病史”一栏，须如实填写。拟录取港澳台研究生须承诺体检结果的真实性，如发现隐瞒疾病、不符合体检标准或体检作弊，将取消录取、入学资格。

内科	血 压	毫 米 柱	脉 博 (次 / 分)		医师签名:
	发 育 及 营 养 状 况	优□ 良□ 不良□			医师签名:
	神 经 及 精 神				
	心 脏				
	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				医师签字:	
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)。

如有复查项目, 才需复审意见, 如各项均正常, 无需复审意见。