**广东财经大学推荐免试硕士研究生体检表**

（此表请双面打印）

复试专业：　　　　　　　复试单位：　　　　　　　身份证号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | | | 性别 | |  | 出生日 期 | |  | | | | 婚否 | |  | | 免冠照片  体检医院  骑 缝 章 |
| 民 族 | |  | | | | 本科注  册学号 | | |  | | | 本科专  业名称 | | |  | | | |
| 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）   1. 眼科 2. 耳鼻喉科 3. 口腔科 | |
| 左 | | 左 矫正度数 | | | | | | | |
| 其它眼病 | |  | | 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 米 | | | | |  | |  | | | | | |
| 左 米 | | | | |
| 鼻 | | 嗅觉 | |  | | | | | 鼻及耳  窦疾病 | |  | | | | | |
| 颜面部 | |  | | | | | | | 咽 喉 | |  | | | | | |
| 口腔 | | 唇 |  | | | | | | 门 牙 | |  | | | | | |
| 其它 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 外  科 | 身长 | | 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：体检须在二级甲等以上医院进行，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 |  | | | ALT（转氨酶） |  | | | 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 | |  | | | | | | | | | | |