

## 北京市

## 年研究生招生体格检查表

报考单位\_\_\_\_\_报考专业\_\_\_\_\_

身份证号\_\_\_\_\_报名号\_\_\_\_\_

姓 名			性别		年龄		民族		(黏贴近三个月照片)
既往病史(此栏由学生如实提供)									
眼 科	裸 眼 视 力	右	矫正 视力	右 矫正度数		检查者		医师签名	
		左		左 矫正度数					
	色 觉 检 查	彩色图案及彩色数码检查: 空后色觉检查图 ( ) 俞自萍色盲检查图 ( ) 单色识别能力检查: 红 ( ) 黄 ( ) 绿 ( ) 蓝 ( ) 紫 ( )					检查者		
	眼 病								
内 科	血 压                      /                      mmHg					检查者		医师签名	
	发 育 情 况								
	心 脏 及血管								
	呼 吸 系 统								
	神 经 系 统				口 吃				
	腹 部 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>					

化 验 单 粘 贴 处	1.尿常规 2.血常规
----------------------------	----------------

说明：1、“既往病史”一栏，考生必须如实填写，如发现有隐瞒严重病史，违反教学[1998]6号文件，不符合各专业体检标准的，即使已录取，入学复查也将取消资格。

2、填写志愿前请考生参阅报考专业建议。