

中山大学

2024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 身帽 一寸 照片	
文化程度		民族		职业							
籍贯		考生本人 通讯处									
所在单位 名称											
既往病史											
(以上由考生本人如实填写)											
五官科	眼	裸视力	右	矫正 视力	右 矫正度数				医师意见 (签字)		
			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					
			左	公尺							
	鼻	嗅觉				鼻及鼻 窦疾病					
颜面部					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 (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 (次 / 分)			医师意见 (签字)
	发 育 及 营 养 状 况					
	神 经 及 精 神					
	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			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						

此表请用 A4 纸双面打印 (复印)。