**贵州民族大学 2020 年研究生入学考试体格检查表**

\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_学院\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_专业 准考证号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 性  别 | |  | | 出  生 | | 年 月 日 | | | | | | | | | | 婚否 |  | 半 正  照 身 面  片 一 脱  寸 帽 |
| 文化程度 | |  | | 民族 | | | |  | | | | | | 职 业 | | |  | | | | |
| 籍 贯 | | 市  省  县 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 考生本人  通讯地址 | |  | | | | | | | | | | | | 联系  电话 | | |  | | | | |
| 学院公章 |
|
| 既往病史 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **（以上栏目由考生本人如实填写,以下栏目考生勿填）** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 五  官  科 | 眼 | | 裸眼  视力 | | 右 | | | | 矫正  视力 | | | 右 矫正度数 | | | | | | | | | | 医师意见  (签字)  1、眼科  2、耳鼻喉科  3、口腔科 |
| 右 | | | | 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 米 | | | | | | | 耳疾 | | |  | | | | | | |
| 左 米 | | | | | | |
| 鼻 | | 嗅觉 | |  | | | | | | | 鼻及鼻  窦疾病 | | |  | | | | | | |
| 颜面部 | |  | | | | | | | | | 咽 喉 | | |  | | | | | | |
| 口腔 | |  | | | | | | | | | 门 齿 | | |  | | | | | | |
| 其他 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 外  科 | 身长 | | 公分 | | | | 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时贴好照片并经复试学院盖章后交医院。“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) | |  | | 医师意见  (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 管 | 肝 |  | | | | | | |
| 脾 |  | | 肾 | |  | | |
| 其 他 |  | | | | | | | |
| 化 验 检 查  (要附化验单据) | | 血常规 |  | 肝功能 | |  | | | 医师签字 | |
| 胸 部 爱 克  斯 线 检 查 | |  | | | | | | | 医师签字 | |
| 其 他 检 查 | |  | | | | | | | | |
| 检 查 结 果 | | 负责医师签字 (盖章) | | | | | | | | |
| 审查单位意见 | | 审查单位： (盖章) | | | | | | | | |
| 复 审 意 见 | | 复审单位签字 (盖章) | | | | | | | | |
| 备 注 | |  | | | | | | | | |

年 月 日