

附件 4:

北京市 年研究生招生体格检查表

报考学院_____报考专业_____复试编号_____

姓名		性别		年龄		民族		相 片 (招生单位盖骑缝章)	
既往病史 (此栏由学生如实填写)									
眼 科	视 力	右	矫 正	是		检查者		医师意见	
		左		否					
	色 觉 检 查	彩色图案及彩色数码检查: 色觉检查图名称: () 单色识别能力检查: (色觉异常者此项) 红 () 黄 () 绿 () 蓝 () 紫 ()					检查者		
其他 眼疾								签名:	
内 科	血 压 / mmHg					检查者		医师意见	
	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_____		肾_____			
			脾_____厘米		性质_____				
其 它								签名:	

外科	身高_____厘米		体重_____千克		检查者	医师意见
	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	医师意见
	嗅 觉				检查者	
	耳 鼻 咽 喉					
化 验 单 粘 贴 处	(空腹抽血)					
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>					