

浙江万里学院研究生招生体检表

准考证号					报考专业					照 片	
姓名			性 别		出生年月			婚 否			
身份证号			民 族		职业						
籍贯			考生本人 通讯地址								
学习单位 工作单位					联系电话						
既往病史										体验医院 骑缝章	
(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		医师意见 (签字) 1、 眼科 2、 耳鼻喉科 3、 口腔科	
			左			左		矫正度数			
		其他 眼病			色觉 检查	彩色图案及编号					
						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	唇					门齿					
其他											
外 科	身高	厘米		体重	千克		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。

(若体检医院选用医院自己的体检表，体检项目必须涵盖此份体检表的所有项目。)

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 官	肝						
		脾			肾			
	其 他							
化 验 检 查 (要附化验单据)	血			肝 功			尿	
胸 部 透 视 检 查							医师签字	
心 电 图							医师签字	
其 他 检 查			口 吃			外 貌 异 常		
体 验 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								