

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				
			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			2、 耳鼻喉科				
			左 米									
	鼻	嗅觉				鼻及鼻 窦疾病			3、 口腔科			
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								