**华南理工大学2020级博士研究生体格检查表**

学院名称： 　　复试专业：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生 年 月 日 | 婚否 |  | 免冠照片招生学院骑 缝 章 |
| 文化程度 |  | 民 族 |  | 职 业 |  |
| 籍 贯 |  | 考生本人通讯地址 |  |
| 所在单位名 称 |  | 联 系电 话 |  |
| 既往病史 |  |
| **（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 | 医生意见（签字）1. 眼科
2. 耳鼻喉科
3. 口腔科
 |
| 左 | 左 矫正度数 |
| 其它眼病 |  | 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 |  |  |
| 左 米 |
| 鼻 | 嗅觉 |  | 鼻及耳窦疾病 |  |
| 颜面部 |  | 咽 喉 |  |
| 口腔 | 唇 |  | 门 牙 |  |
| 其它 |  |
| 外科 | 身长 | 厘米 | 体 重 | 千克 | 皮 肤 |  | 医生意见（签字） |
| 淋巴 |  | 甲状腺 |  | 脊 柱 |  |
| 四肢 |  |
| 关节 |  | 平跖足 |  |
| 其它 |  |

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。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 内科 | 血 压 | 毫米汞柱 | 心 率（次/分） |  | 医生意见（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 它 |  |
| 化 验 检 查（要附化验单据） | 血 |  | 肝功 |  | 尿 |  |
| 胸 部 D R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 |   |