**华南理工大学2023级博士研究生体格检查表（双面打印）**

学院名称：公共管理学院　　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 | |  | | | | | | | | | | |