**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 |  |