**2024年华南理工大学研究生复试体检表**

* **体检时间：（请在本学院所对应的体检时间进行体检） 抽血编号：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | 性别 | |  | | 出生年月 | | | |  | 贴 照 片 |
| 学号 | |  | | | 联系电话 | | | | |  | | |
| 学院 | |  | | | | | | | | | | |
| 专业 | |  | | | | 班级 | |  | | | | |
| 既往病史 | | □1.未发现 □2.有 | | | | | | | | | | |
| 身 高 | | | cm | | | | 体 重 | | | | Kg | |
| 裸眼视力 | | | 左 右 | | | | 矫正视力 | | | | | 左 右 | 医生签名： |
| 血 压 | | | / mmHg | | | | 心（脉）率 | | | | | 次/分 |
| 内  外科 | 发育状况 | |  | | | | 心 脏 | | | | |  | 医生签名： |
| 肺 | |  | | | | 肝、脾 | | | | |  |
| 甲状腺 | |  | | | | 皮 肤 | | | | |  |
| 淋巴结 | |  | | | | 四肢关节脊椎 | | | | |  |
| 运动功能 | | 1可顺利完成 2无法独立完成其中任何一个动作 | | | | | | | | | |
| 胸部放射  （DR） | | |  | | | | 抽 血 | | 肝功能 | | |  | |
| 血常规 | | |  | |
| 体检结论 | | | 建档签名： 总检签名： | | | | | | | | | | |

**温馨提示;** 2023年 月 日

1.本表格请用正楷字填写首六行个人信息, 并贴本人照片，否则无效。

2.体检无需空腹，所有体检项目（除总评环节）不分先后顺序，入场后就近做排队人员少的项目