

中山大学
20____年推免生体格检查表

复试院系代码： 复试院系名称： 考生来源：校内
本科学号： 复试专业： 考生联系电话：

姓 名		性别		出生	年	月	日	婚否		半 脱 身 帽 一 照 寸 片
文化程度		民 族		职 业						
籍 贯		考生本人 通讯处								
所在单位 名 称										
既往病史										体检医院 骑缝章
(以上由考生本人如实填写)										
五官科	眼	裸 眼 力	右	矫 正 力	右 矫正度数				医师意见 (签字)	
			左		左 矫正度数					
		其 他 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 公 尺		耳 疾			2、耳鼻喉科		
			左 公 尺							
	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	身长	厘米		体 重	公斤	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完成后交校区门诊部。“既往病史”一栏，考生必须如实填写，如发现隐瞒疾病，不符合体检标准的，即使已录取，也将取消入学资格。

内科	血 压	毫 米 汞 柱		脉 博 (次 / 分)			医师意见 (签字)
	发 育 及 营养状况						
	神 经 及 精 神						
	肺 及 呼 吸 道						
	腹 部 器 官	肝					
		脾					
	其 他						
化 验 检 查 (要附化验单据)		血常规		肝功二项		尿糖 尿蛋白	
胸 部 放 射 线 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							

此表请用 A4 纸双面打印（复印）。