

中山大学
20____年拟录取推免生体格检查表

拟录取院系代码： 拟录取院系名称：
身份证号： 拟录取专业： 推免生联系电话：

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		本人 通讯地址								
所在单位 名 称										
既往病史										体检医院 骑缝章
(以上由推免生本人如实填写)										
五官科	眼	裸 眼 视 力	右	矫 正 视 力	右 矫正度数				医师签名：	
			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			医师签名：		
			左 公尺							
	鼻	嗅 觉			鼻 及 鼻 窦 疾 病					
	颜面 部					咽 喉				
	口腔	唇			门 齿			医师签名：		
	其他									
外科	身长	厘米		体 重	公斤	皮 肤			医师签名：	
	淋巴			甲状腺		脊 柱				
	四肢									
	关节				平跖足					
	其他									

说明：此表由推免生本人体检完成后交院系。“既往病史”一栏，须如实填写。推免生须承诺体检结果的真实性，如发现隐瞒疾病、不符合体检标准或体检作弊，将取消录取、入学资格。

内科	血 压	毫 米 汞 柱		脉 博 (次 / 分)		医师签名:	
	发 育 及 营养状况	优□ 良□ 不良□					医师签名:
	神 经 及 精 神						
	心 脏						
	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						医师签字:	
体 检 结 论	负责医师签字 (盖章)						
体 检 医 院 见 意	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）。
如有复查项目，才需复审意见，如各项均正常，无需复审意见。