

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： 推免生来源： 校内（ ） 校外（ ）
 身份证号： 复试专业： 推免生联系电话：

姓名		性别		出生	年	月	日	婚否		半脱帽一寸照片		
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	裸视力	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						
			左 公尺									
	鼻	嗅觉				鼻及鼻窦疾病						
颜面部					咽喉							
口腔	唇				门齿							
其他												
外科	身高	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：此表由推免生本人体检完成后交校区门诊部。“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)。

如有复查项目, 才需复审意见, 如各项均正常, 无需复审意见。