

四川省二〇二一年研究生招生考生体格检查表

本人联系电话

报考第一志愿单位：

报考专业：

考生号 <input type="text"/>										所在单位名称															
姓名			性别			婚否			出生			年 月 日			区(县)			黑白 照片 半身 一寸 正面 脱帽							
既往病史 (此栏由 考生如实 填写)			病史标志： 有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>									病 史：			体检医院 骑缝章										
眼 科		左		右		矫正视力		右 <input type="text"/>		左 <input type="text"/>		检查者		彩色图案及彩色数码检查： 正常 <input type="checkbox"/> 轻度色觉异常 <input type="checkbox"/> 色觉异常Ⅱ度 <input type="checkbox"/>			检查者		医师提示： 学校可以不予录取： 学校有关专业可不予录取： 不宜就读的专业： 未见异常： <input type="checkbox"/> 签名：						
		裸眼视力						右 <input type="text"/>		左 <input type="text"/>		色觉检查		单色识别能力检查： (色觉异常者查此项,只填涂能识别的) 红 <input type="checkbox"/> 黄 <input type="checkbox"/> 绿 <input type="checkbox"/> 蓝 <input type="checkbox"/> 紫 <input type="checkbox"/>											
								右 <input type="text"/>		左 <input type="text"/>															
								右 <input type="text"/>		左 <input type="text"/>															
其他																									
耳 鼻 喉 科		听力			右耳 <input type="text"/> 米			左耳 <input type="text"/> 米			检查者：			医师提示： 学校可以不予录取： 学校有关专业可不予录取： 不宜就读的专业： 未见异常： <input type="checkbox"/> 签名：											
		嗅觉			正常 <input type="checkbox"/>			迟钝 <input type="checkbox"/>			丧失 <input type="checkbox"/>						检查者：								
		耳鼻咽喉			正常 <input type="checkbox"/>			其他 <input type="checkbox"/>			其他														
内 科		血压		<input type="text"/>		<input type="text"/>		mm Hg		检查者：		发育情况 良 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 差 <input type="checkbox"/>			医师提示： 学校可以不予录取： 学校有关专业可不予录取： 不宜就读的专业： 未见异常： <input type="checkbox"/> 签名：										
		心脏及血管			正常 <input type="checkbox"/>			其他 <input type="checkbox"/>			呼吸系统		正常 <input type="checkbox"/>					其他 <input type="checkbox"/>		神经系统		正常 <input type="checkbox"/>		其他 <input type="checkbox"/>	
		腹部器官			肝			正常 <input type="checkbox"/>			其他 <input type="checkbox"/>			脾				正常 <input type="checkbox"/>		其他 <input type="checkbox"/>					
		其他																							
胸 部 透 视		其他 <input type="checkbox"/>			其他 <input type="checkbox"/>			其他			检查者：			医师提示： 学校可以不予录取： 学校有关专业可不予录取： 不宜就读的专业： 未见异常： <input type="checkbox"/> 签名：											
		其他																							
身高/厘米		体重/千克		检查者		外 科		皮肤			正常 <input type="checkbox"/>			其他 <input type="checkbox"/>			医师提示： 学校可以不予录取： 学校有关专业可不予录取： 不宜就读的专业： 未见异常： <input type="checkbox"/> 签名：								
								面部			正常 <input type="checkbox"/>			其他 <input type="checkbox"/>											
								颈部			正常 <input type="checkbox"/>			其他 <input type="checkbox"/>											
								四肢			正常 <input type="checkbox"/>			其他 <input type="checkbox"/>											
								其他																	
口 腔 科		是否口吃			是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>			其他			检查者			医师提示： 学校可以不予录取： 学校有关专业可不予录取： 不宜就读的专业： 未见异常： <input type="checkbox"/> 签名：											
		口腔			正常 <input type="checkbox"/>			其他 <input type="checkbox"/>																	
转 氨 酶		正常			其他 <input type="checkbox"/>			检查者			医师提示： 学校可以不予录取： 学校有关专业可不予录取： 不宜就读的专业： 未见异常： <input type="checkbox"/> 签名：														
		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>									单位			诊断：								
体 检 医 院 提 示		学校可以不予录取： 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>										主检医师签名：													
		学校有关专业可不予录取： 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>																							
		不宜就读的专业： 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>																							
		7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>																							
		未见异常 <input type="checkbox"/>																							
		未参检 <input type="checkbox"/>										体检医院(章) 月 日													

备注：填涂框□可用黑色墨水笔打√。医师提示栏内：“未见异常”用黑色墨水笔涂黑方框；“学校可以不予录取”、“学校有关专业可不予录取”、“不宜就读的专业”，医师用阿拉伯数字直接写出相对应的条款序号。