

广州医科大学研究生招生体格检查表

考生联系电话：

姓名		性别		出生	年	月	日	婚否		半脱身帽一寸照片		
文化程度		民族		职业								
籍贯		考生本人 通讯地址										
所在单位名称												
既往病史										体检医院 骑缝章		
(以上由考生本人如实填写)												
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											

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							

说明：此表用 A4 纸双面打印（复印）。体检需在二级甲等以上医院进行，“既往病史”一栏，考生必须如实填写，学生须承诺体检结果真实性，如发现隐瞒疾病，或体检作弊情况，取消入学资格。