

中山大學

20____年拟录取港澳台研究生体格检查表

拟录取院系代码：拟录取院系名称：拟录取类型：（硕士/博士）

身份证号：拟录取专业：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		本人 通讯地址								
所在单位 名 称										
既往病史										体检医院 骑缝章

（以上由拟录取港澳台研究生本人如实填写）

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		
其他								
外科	身長	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：此表由拟录取港澳台研究生本人体检完成后交院系。“既往病史”一栏，须如实填写。拟录取港澳台研究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 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。