

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 | | | | | 黑白照片 半身一寸 正面脱帽 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 | | | 性别 | | | 婚否 | | | 出生 年 月 日 | | | 区(县) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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"/> | | | | | | | | | | 体检医院 骑缝章 | | | | | | | | | | |
| 病 史： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | 矫正度数 | | 右 <input type="text"/> | | 左 <input type="text"/> | | 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"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | + | - | + | - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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"/> | | | 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 | | | | | 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： | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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"/> | | | 面部 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： | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | 颈部 正常 <input type="checkbox"/> | | | 其他 <input type="checkbox"/> | | | 脊柱 正常 <input type="checkbox"/> | | 其他 <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | 四肢 正常 <input type="checkbox"/> | | | 其他 <input type="checkbox"/> | | | 关节 正常 <input type="checkbox"/> | | 其他 <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | | | 其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口 腔 科 | 是否口吃 | | 是 <input type="checkbox"/> | | 否 <input type="checkbox"/> | | 其他 | | | | | 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 <input type="checkbox"/> | | 其他 <input type="checkbox"/> | | 单位 诊断： | | | | | 签名： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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"/> | | | | | | | | | | 体检医院(章) 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 未见异常 <input type="checkbox"/> 未参检 <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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。