

华侨大学 201_年研究生入学复试体检表

复试学院: _____ 复试专业: _____ 体检日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

姓名		性别		出生年月		民族		一 脱 寸 帽 半 照 身 片 医院骑缝章	
籍贯	省 市(县)	婚 否		政 治 面 貌		文 化 程 度			
联系电话	通讯地址								
既往病史									
(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) 1. 眼科 2. 耳鼻喉科 3. 口腔科
			左		左 矫正度数				
	其 它 眼 疾				辨色力				
	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 腭				门 齿				
其 他									
外科	身 长	公 分		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	心 率	次/分	医 师 意 见
	发 育 及 营 养 状 况				口 吃			
	神 经 及 精 神							
	肺 及 呼 吸 道							
	心 脏 及 血 管							
	腹 部 器 官	肝						
		脾						
其 他							签 字	
化 验 检 查 (要附化验单据)	血				肝 功			尿
胸 部 放 射 线 检 查	医 师 签 字：							
其 他 检 查								
体 检 结 论	负 责 医 师 签 字： (盖 章)							
体 检 医 院 意 见	体 检 医 院 (盖 章)							
复 审 意 见	复 审 单 位 (盖 章)							
备 注								

(请双面打印)