

附件 2:

北京市 年研究生招生体格检查表

报考单位_____报考专业_____复试编号_____

姓名		性别		年龄		民族		相 片 (招生单位盖骑缝章)
既往病史 (此栏由学生如实填写)								
眼 科	视 力	右	矫 正	是		检查者	医师意见	
		左		否				
	色 觉 检 查	彩色图案及彩色数码检查: 色觉检查图名称: () 单色识别能力检查: (色觉异常者此项) 红 () 黄 () 绿 () 蓝 () 紫 ()				检查者		
其他眼疾							签名:	
内 科	血 压 / mmHg					检查者	医师意见	
	发育情况							
	心 脏 及 血 管							
	呼 吸 系 统							
	神 经 系 统					口 吃		
	腹 部 器 官	肝_____厘米		性质_____		肾_____		
			脾_____厘米		性质_____			
其 它							签名:	

外科	身高_____厘米		体重_____千克		检查者	医师意见 签名:
	皮肤		面部			
	颈部		脊柱			
	四肢		关节			
	其它					
耳鼻咽喉科	听力	左耳_____米	右耳_____米		检查者	医师意见 签名:
	嗅觉				检查者	
	耳鼻喉					
数字 X 线摄影 (DR)	复试不做此项检查					医师签名:
化验单粘贴处	(ALT+AST+BUN+Cr)					
体检机构意见	<p>请各招生单位根据以上体检结果，参照执行《普通高等学校招生体检工作指导意见》(教学【2003】3号)，确定该生身体条件是否可以录取。</p> <p>主检医师签名: _____ 体检机构公章 _____</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>					