|  |
| --- |
| 贴条形码处 |

湖南第一师范学院研究生复试体格检查表

报考学院： 报考专业： 考生编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生 | 年 月 日 | 婚否 |  | 照片（公章） |
| 报考时最 高 学 历 |  | 民族 |  | 毕业学校 |  |
| 籍 贯 |  | 毕业时间 |  |
| 考生所在单位名称 |  |
| 考生联系电话及QQ邮箱 |  |
| 既往病史 |  |
| 家族病史 |  |
| 五 官 科 | 眼 | 视 力 | 右 |  | 矫正视力 | 右 |  | 矫 正 后 共同视力 |  | 色 觉 |  | 医生意见签字 |
| 左 |  | 左 |  |
| 砂 眼 | 右 |  | 其他眼疾 |  |
| 左 |  |
| 耳 | 听 力 | 右 |  | 耳病 |  |
| 左 |  |
| 鼻 | 嗅 觉 |  | 鼻及鼻窦疾病 |  |
| 唇颚 |  | 咽喉 |  | 口吃 |  |
| 齿 | 龋 齿 |  | 齿脱落 |  | 齿槽脓漏 |  |
| 其他 |  |
| 外 科 | 身高 | 厘米 | 胸 围 | 厘米 | 肺活量 |  | 医生意见签字 |
| 体重 | 公斤 | 呼吸差 | 毫升 | 皮肤 |  |
| 淋巴 |  |  |  | 脊柱 |  |
| 四肢 |  |  |  | 关节 |  |
| 泌尿生 殖 器 |  |  |  | 肛门 |  |
| 疝 |  |  |  | 其他 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 内 科 | 脉搏 | 次/分钟 | 血压 | / 毫米汞柱 | 医生意见签字 |
| 发育状况 |  | 营养状况 |  |
| 神经及精 神疾病 |  |
| 肺呼吸道疾病 |  |
| 心脏及 血管疾病 |  |
| 腹腔器官疾病 |  |
| 月经史 |  |
| 其他 |  |
| 化验检查 | 化验员签字 |
| DR 检查 | 医师签字 |
| 心电图 |  |
| 其他检查 |  |
| 诊断结论 | 负责医师（盖章） |
| 审查意见 |  |
| 备注 |  |

请双面打印此表 202 年 月 日