

体格检查表

中国药科大学

准考证号:

报考专业:

姓名		性别		出生年 月 日	婚否		半身正面一寸帽	
文化程度		民族		职业				
籍贯		考生本人通讯地址						
所在单位名称					联系电话		体检医院骑缝章	
既往病史			身份证号码					
(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	米	耳疾			
			左	米				
	嗅觉			鼻及鼻窦疾病				
颜面部			咽喉					
口腔	唇			门齿				
其他								
外科	身高	厘米	体重	千克	皮肤		医师意见 (签字)	
	淋巴			甲状腺	脊柱			
	四肢							
	关节				平跖足			
	其他							

说明：此表需双面打印，由考生本人体检时贴好照片交医院。“既往病史”一栏，考生必须如实填写，如发现隐瞒严重疾病，不符合体检标准的，即使已录取入学，也取消入学资格。

内 科	血 压		毫米 汞柱	心率 (次/分)		医师意见 (签字)	
	发 育 及 营 养 状 况						
	神 经 及 精 神						
	呼 吸 系 统						
	心 脏 及 血 管						
	腹 部 器 官	肝					
		脾		肾			
	其 他						
化 验 检 查 (要附化验单据)	血		肝 功		尿		
胸 部 透 视 检 查						医师签字	
其 他 检 查		口 吃		外 貌 异 常			
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							