

附件 5:

贵州民族大学 202 年研究生入学考试体格检查表

报考学院: _____ 报考专业: _____ 准考证号 _____ 20 年 月 日

姓 名		性 别		出 生	年	月	日	婚 否		半 正 照 面 片 身 一 脱 寸 帽
文化程度		民 族			职 业				拟培养学院 公章	
籍 贯		省	市 县							
考生本人 通讯地址					联 系 电 话					
既往病史										
(以上栏目由考生本人如实填写,以下栏目考生勿填)										
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						
	鼻	嗅 觉		鼻 及 鼻 窦 疾 病						
	颜面部			咽 喉						
口腔			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									

说明: 此表由考生本人体检时贴好照片并经复试学院盖章后交医院。“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, 也必须取消入学资格。

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 管	肝				
		脾		肾		
	其 他					
化 验 检 查 (要附化验单据)	血常规		肝功能		医师签字	
胸 部 爱 克 斯 线 检 查					医师签字	
其 他 检 查						
检 查 结 果	负责医师签字 (盖章)					
体 检 单 位 意 见	体检单位: (盖章)					
复 审 意 见	复审单位签字 (盖章)					
备 注						

说明：此表由考生本人体检时贴好照片并经复试学院盖章后交医院。“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，也必须取消入学资格。