报考学院：

报考专业：

黑

白

照

片

半身一寸

正面脱帽

体检医院

骑 缝 章

姓 名

职　　业

单位名称

既往病史

性别

出生日期

通信地址

婚否

民族

籍　　贯

联系电话

五

官

科

眼

耳

鼻

颜面部

口腔

其他

裸眼

视力

其他

眼病

右

左

矫正

视力

色觉

检查

右 矫正度数

左 矫正度数

彩色图案及编码

单颜色识别

红、绿、紫、蓝、黄

听力

右

米

米

左

嗅觉

鼻及鼻窦疾病

咽喉

唇

门齿

身高

外

科

体 重

厘米

皮肤

千克

淋巴

四肢

关节

其他

甲状腺

脊柱

平拓足

说明：此表由考生本人体检时交医院。“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。

（以上由考生本人如实填写）

1. 眼科

2. 耳鼻喉科

3. 口腔科

医师意见

（签字）

医师意见

（签字）

2018年硕士调剂生体检表

文化程度

准考证号：

请正反面打印在一张纸上

内

科

血压

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

毫米

汞柱

心率

（次/分）

肝

脾

肾

其 他

医师意见

（签字）

化 验 检 查

（要附化验单据）

胸 部 透 视

检 查

其 他 检 查

体 检 结 论

体检医院意见

复 审 意 见

备 注

血

肝功

尿

医师签字

口 吃

外貌异常

负责医师签字

（盖章）

年 月 日（盖章）

体检医院

（盖章）

复审单位签字