

本人联系电话

复试专业名称

姓名		性别		婚否		出生	年	月	日	区(县)	黑白照片 半身一寸 正面脱帽
既往病史 (此栏由 考生如实 填写)	病史标志： 有 ☐ ' 无 ☐ 病 史：										

眼 科	左		右		矫正 视力	右 左		检查者	彩色图案及彩色数码检查： 正常 轻度色觉异常 色觉异常Ⅱ度 		检查者	医师提示： 学校可以不予录取： 学校有关专业可不予录取： 不宜就读的专业： 未见异常： 签名：_____
	裸眼视力		矫正度数			右 左			单色识别能力检查： (色觉异常者查此项,只填涂能识别的) 红 黄 绿 蓝 紫			
其他												

耳鼻喉科	听力	右耳 ☐ 米 左耳 ☐ 米		检查者:	医师提示: 学校可以不予录取; 学校有关专业可不予录取; 不宜就读的专业: 未见异常: ☐ 签名:
	嗅觉	正常 ☐ 迟钝 ☐ 丧失 ☐		检查者:	
	耳鼻咽喉	正常 ☐ 其他 ☐	其他		

内科	血压	mm Hg	检查者:	发育情况 良 ☐ 中 ☐ 差 ☐	医师提示: 学校可以不予录取: 学校有关专业可不予录取: 不宜就读的专业: 未见异常: ☐ 签名:
	心脏及血管	正常 ☐ 其他 ☐	呼吸系统 正常 ☐ 其他 ☐	神经系统 正常 ☐ 其他 ☐	
	腹部器官	肝 正常 ☐ 其他 ☐	脾 正常 ☐ 其他 ☐		
	其他				

胸部透视	其他 ☐ 其他 ☐	其他	医师提示:	不宜就读的专业:
			学校可以不予录取:	未见异常: ☐
			学校有关专业可不予录取:	签名:

身高/厘米			体重/千克			检查者	外科	皮肤	正常 ☐	其他 ☐	面部	正常 ☐	其他 ☐	医师提示： 学校可以不予录取： 学校有关专业可不予录取： 不宜就读的专业： 未见异常： ☐ 签名：
								颈部	正常 ☐	其他 ☐	脊柱	正常 ☐	其他 ☐	
						四肢		正常 ☐	其他 ☐	关节	正常 ☐	其他 ☐		
其他														

口腔科	是否口吃	是 ☐ 否 ☐	其他	医师提示： 学校可以不予录取： 学校有关专业可不予录取：	不宜就读的专业： 未见异常： ☐ 签名：
	口腔	正常 ☐ 其他 ☐			

转氨酶	正常	其他 ☐	签名:
	☐	☐ ☐ ☐ 单位 诊断:	

体检医院提示	学校可以不予录取： 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐	主检医师签名：
	学校有关专业可不予录取： 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 不宜就读的专业： 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 未见异常 ☐ 未参检 ☐	
		体检医院（章） 月 日

备注：填涂框□可用黑色墨水笔打√。医师提示栏内：“未见异常”用黑色墨水笔涂黑方框：“学校可以不予录取”、“学校有关专业可不予录取”、“不宜就读的专业”，医师用阿拉伯数字直接写出相对应的条款序号。