**中 山 大 学**

**20 年拟录取推免生体格检查表**

拟录取院系代码： 拟录取院系名称：

身份证号： 拟录取专业： 推免生联系电话：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 性别 |  | 出生 年 月 日 | | | | | 婚否 |  | 半 脱  身 帽  一 照  寸 片 |
| 文化程度 | |  | | 民 族 | |  | | 职 业 | |  | | |
| 籍 贯 | |  | | 本人  通讯地址 | |  | | | | | | |
| 所在单位名 称 | |  | | | | | | | | | | |
| 既往病史 | |  | | | | | | | | | | | 体检医院  骑缝章 |
| **（以上由推免生本人如实填写）** | | | | | | | | | | | | | |
| 五官科 | 眼 | 裸 眼视 力 | 右 | | 矫 正视 力 | | 右 矫正度数 | | | | | | 医师签名： |
| 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 公尺 | | | | 耳 疾 | |  | | | | 医师签名： |
| 左 公尺 | | | |
| 鼻 | 嗅 觉 |  | | | | 鼻 及 鼻  窦 疾 病 | |  | | | |
| 颜面部 |  | | | | | 咽 喉 | |  | | | |
| 口腔 | 唇 |  | | | | 门 齿 | |  | | | | 医师签名： |
| 其他 |  | | | | | | | | | | |
| 外科 | 身长 | 厘米 | | | 体 重 | | 公斤 | | 皮 肤 | |  | | 医师签名： |
| 淋巴 |  | | | 甲状腺 | |  | | 脊 柱 | |  | |
| 四肢 |  | | | | | | | | | | |
| 关节 |  | | | | | 平跖足 | |  | | | |
| 其他 |  | | | | | | | | | | |

说明：此表由推免生本人体检完成后交院系。“既往病史”一栏，须如实填写。推免生须承诺体检结果的真实性，如发现隐瞒疾病、不符合体检标准或体检作弊，将取消录取、入学资格。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 内  科 | 血 压 | 毫 米  汞 柱 | | 脉 博  （次 / 分） | |  | | 医师签名： |
| 发 育 及  营养状况 | 优□ 良□ 不良□ | | | | | | 医师签名： |
| 神 经 及  精 神 |  | | | | | |
| 心 脏 |  | | | | | |
| 肺 及  呼 吸 道 |  | | | | | |
| 腹 部  器 官 | 肝 |  | | | | |
| 脾 |  | | | | |
| 其他 |  | | | | | |
| 化 验 检 查  （要附化验单据） | | 血常规 |  | 肝功二项 |  | | 尿糖  尿蛋白 |  |
| 胸 部 放 射 线  检 查 | |  | | | | | 医师签字： | |
| 其 他 检 查 | |  | | | | | 医师签字： | |
| 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 | |  | | | | | | |

此表请用A4纸双面打印（复印）。

如有复查项目，才需复审意见，如各项均正常，无需复审意见。