兰州大学2019年研究生招生体检表

**体检单位：兰州大学校医院**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | | 性别 | |  | 出生 | | | 年 月 日 | | | 民族 |  | 考生先贴半身一寸脱帽相片  (可打印电  子版照片)  **后招生学院在照片处盖章** |
| 考生编号 | |  | | | | | | 类型 | | | □硕士 □博士 | | | | |
| 招生学院 | |  | | | | | | 招生  专业 | | |  | | | | |
| 籍 贯 | |  | | | 毕业学校或  工作单位 | | |  | | | | | | | |
| 联系电话  及现住址 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 既往病史 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 体检日期 | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | （以上由体检者本人如实填写） | | | | | | | | | | | | | |  |
| 五  官  科 | 眼 | |  | 裸 眼视 力 | 右 | | | 矫 正  视 力 | | | 右 矫正度数： | | | | | 医师意见  （签字） |
| 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 | |  | | | 医师意见  （签字） |
| 左 米 | | | | | |  | | |
| 鼻 | |  | 嗅 觉 |  | | | | | | 鼻及鼻  窦疾病 | |  | | |
| 颜面部 | | |  | | | | | | | 咽 喉 | |  | | |
| 其 他 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 外  科 | 身 长 | | | cm | | 体 重 | | | kg | | 皮 肤 | |  | | | 医师意见  （签字） |
| 淋 巴 | | |  | | 甲状腺 | | |  | | 脊 柱 | |  | | |
| 四 肢 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 关 节 | | |  | | | | | | 平跖足 | |  | | | |
| 其 他 | | |  | | | | | | | | | | | |

第 1 页共 2 页

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 内  科 | 血 压 | |  | | | 心 率 |  | 医师意见 |
| 签字 |
| 发 育 及  营养状况 | |  | | | | |
| 神 经 及  精 神 | |  | | | | |
| 肺 及  呼 吸 道 | |  | | | | |
| 心  及 血 | 脏管 |  | | | | |
| 腹部器官 | | 肝 |  | | | |
| 脾 |  | | | |
| 其 他 | |  | | | | |
| 化 验 检 查  （附化验单据） | | | 肝功 | |  | | | |
| 胸部放射线  检 查 | | |  | | | | 医师签字： |  |
| 其它检查 | | |  | | | | 医师签字： |  |
| 体检结论 | | |  | | | | 总检医师签字： | （盖章） |
| 复审意见 | | |  | | | | 医师签字： | （盖章） |
| 体 检 医 院  意 见 | | |  | | | | 体检医院： | （盖章） |
| 备 注 | | |  | | | | | |

注： 1、 此表必须双面打印；

1. 请按体检要求携带体检表到校医院进行体检；
2. “既往病史” 一栏必须如实填写。 如发现有隐瞒严重疾病， 不符合体检标准的，即使录取入学， 也将会取消入学资格；
3. 体检标准按《普通高等学校招生体检指导意见》 执行。

体检日期： 年 月 日

第 2 页 共 2 页