

华侨大学 202_ 年研究生入学复试体检表

复试学院:

复试专业:

体检日期:

年

月

日

姓名		性别		出生年月		民族		一寸脱帽半身片 医院骑缝章	
籍贯	省市(县)	婚否		政治面貌		文化程度			
联系电话	通讯地址								
既往病史									
(以上由考生本人如实填写)									
五官科	眼	裸眼视力	右	矫正视力	右	矫正度数			
			左	左	矫正度数				
	其它眼疾					辨色力			
	耳	听力	右 公尺		耳疾				
			左 公尺						
	鼻	嗅觉				鼻及鼻窦疾病			
	颜面部					咽喉			
口腔	唇腭				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								

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				口 吃			
	神 经 及 精 神							
	肺 及 呼 吸 道							
	心 脏 及 血 管							
	腹 部 器 官	肝						
		脾						
其 他								
化 验 检 查 (要附化验单据)		血			肝 功			尿
胸 部 放 射 线 检 查		医 师 签 字:						
其 他 检 查								
体 检 结 论		负 责 医 师 签 字: (盖 章)						
体 检 医 院 意 见		体 检 医 院 (盖 章)						
复 审 意 见		复 审 单 位 (盖 章)						
备 注								

(请双面打印)