

# 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	裸视力	右	矫正视力	右	矫正度数			医师意见 (签字) 1. 眼科  2. 耳鼻喉科  3. 口腔科	
			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)