附件2：2025级山东师范大学研究生复试体检表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 | | |  | | 出生日期 | |  | | 贴照片处 |
| 报考学院 |  | | 学生类别 | | | 硕□博□ | | 报考专业 | |  | |
| 身份证号 |  | | | | | | | 联系电话 | |  | |
| 既往病史流行病史 | （患过重大疾病及是否到过疫区、新冠相关密切接触史等，  请本人如实填写） | | | | | | | | | | |
| 身高 | cm | | | 体重 | | | kg | |  | |  | 照片可上传打印 |
| 裸眼视力 | 右 | | | 矫正视力 | | | 右 | | 检查者签名： | | | |
| 左 | | | 左 | |
| 血压 | / mmHg | | | | | | | | 检查者签名： | | | |
| 脉搏 | 次/分 | | | | | | | |
| 色觉 |  | 听力 | | | 右耳 米 | | | | 检查者签名： | | | |
| 嗅觉 |  | 左耳 米 | | | |
| 内科 | 检查者签名： | | | | | | | | | | | |
| 外科 | 检查者签名： | | | | | | | | | | | |
| 放射 | 检查者签名： | | | | | | | | | | | |
| 肝功 |  | | | 肝功异常者  病毒性肝炎筛查结果 | | | | |  | | | |
| 结论 | 主检医师签名：  年 月 日 （医院盖章） | | | | | | | | | | | |

考号： 验血编号：