

# 北京市研究生招生体格检查表

报考单位 中国中医科学院 录取院所 \_\_\_\_\_ 录取专业 \_\_\_\_\_

身份证号 \_\_\_\_\_ 准考证号 \_\_\_\_\_

|                 |                                  |                                                                                        |          |    |      |     |     |       |
|-----------------|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|----------|----|------|-----|-----|-------|
| 姓 名             |                                  | 性别                                                                                     |          | 年龄 |      | 民族  |     | 【相 片】 |
| 既往病史(此栏由学生如实提供) |                                  |                                                                                        |          |    |      |     |     |       |
| 眼<br><br>科      | 裸 眼<br>视 力                       | 右                                                                                      | 矫正<br>视力 | 右  | 矫正度数 |     | 检查者 | 医师签名  |
|                 |                                  | 左                                                                                      |          | 左  | 矫正度数 |     |     |       |
|                 | 色 觉<br>检 查                       | 彩色图案及彩色数码检查:<br>空后色觉检查图 ( ) 俞自萍色盲检查图 ( )<br>单色识别能力检查:<br>红 ( ) 黄 ( ) 绿 ( ) 蓝 ( ) 紫 ( ) |          |    |      |     | 检查者 |       |
| 眼 病             |                                  |                                                                                        |          |    |      |     |     |       |
| 内<br><br>科      | 血 压            /            mmHg |                                                                                        |          |    |      | 检查者 |     | 医师签名  |
|                 | 发 育<br>情 况                       |                                                                                        |          |    |      |     |     |       |
|                 | 心 脏<br>及 血 管                     |                                                                                        |          |    |      |     |     |       |
|                 | 呼 吸<br>系 统                       |                                                                                        |          |    |      |     |     |       |
|                 | 神 经<br>系 统                       |                                                                                        |          |    | 口 吃  |     |     |       |
|                 | 腹 部<br>器 官                       | 肝                                                                                      | 厘米       | 性质 |      |     |     |       |
|                 | 脾                                | 厘米                                                                                     | 性质       |    |      |     |     |       |
| 其 它             |                                  |                                                                                        |          |    |      |     |     |       |

(请双面打印)

|           |                                                                                                                              |    |    |    |      |      |      |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|------|------|------|
| 外科        | 身高                                                                                                                           | 厘米 | 体重 | 千克 | 检查者  | 医师签名 |      |
|           | 皮肤                                                                                                                           |    |    | 面部 |      |      |      |
|           | 颈部                                                                                                                           |    |    | 脊柱 |      |      |      |
|           | 四肢                                                                                                                           |    |    | 关节 |      |      |      |
|           | 其它                                                                                                                           |    |    |    |      |      |      |
| 耳鼻咽喉科     | 听力                                                                                                                           | 左耳 | 米  | 右耳 | 米    | 检查者  | 医师签名 |
|           | 嗅觉                                                                                                                           |    |    |    | 检查者  |      |      |
|           | 耳鼻咽喉                                                                                                                         |    |    |    |      |      |      |
| 口腔科       | 唇腭                                                                                                                           |    |    |    |      | 医师签名 |      |
|           | 牙齿                                                                                                                           |    |    |    |      |      |      |
|           | 其它                                                                                                                           |    |    |    |      |      |      |
| 胸部 X 射线检查 |                                                                                                                              |    |    |    |      | 医师签名 |      |
| 化验        | 丙氨酸氨基转移酶 (ALT)                                                                                                               |    |    |    | 医师签名 |      |      |
| 体检机构意见    | <p>请各招生单位根据以上体检结果，参照执行《普通高等学校招生体检工作指导意见》(教学【2003】3号)，确定该生身体条件是否可以录取。</p> <p>主检医师签名：_____ 体检机构公章 _____</p> <p>_____ 年 月 日</p> |    |    |    |      |      |      |

(请双面打印)