

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 科	裸 眼 视 力	右	矫 正 视 力	右	矫正度数		检查者	医师签名
		左		左	矫正度数			
	色 觉 检 查	彩色图案及彩色数码检查: 空后色觉检查图 () 俞自萍色盲检查图 () 单色识别能力检查: 红 () 黄 () 绿 () 蓝 () 紫 ()					检查者	
眼 病								
内 科	血 压 / mmHg					检查者	医师签名	
	发 育 情 况							
	心 脏 及 血 管							
	呼 吸 系 统							
	神 经 系 统				口 吃			
	腹 部 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)