

# 四川省二〇二 年研究生招生考生体格检查表

本人联系电话

报考第一志愿单位：

报考专业：

|                               |  |  |                          |  |                          |   |                          |        |   |   |                             |  |  |  |                              |   |  |     |  |   |   |  |  |  |                                       |                                       |  |  |  |                |                             |  |  |  |  |
|-------------------------------|--|--|--------------------------|--|--------------------------|---|--------------------------|--------|---|---|-----------------------------|--|--|--|------------------------------|---|--|-----|--|---|---|--|--|--|---------------------------------------|---------------------------------------|--|--|--|----------------|-----------------------------|--|--|--|--|
| 考生号 <input type="text"/>      |  |  |                          |  |                          |   |                          |        |   | 所在单位名称  |                             |  |  |  |                              |   |  |     |  |   |   |  |  |  |                                       |                                       |  |  |  |                |                             |  |  |  |  |
| 姓名                            |  |  |                          |  | 性别                       |   |                          |        |   | 婚否  |                             |  |  |  | 出生 年 月 日 区(县)                |   |  |     |  |   |   |  |  |  |                                       |                                       |  |  |  |                |                             |  |  |  |  |
| 既往病史<br>(此栏由考生如实填写)           |  |  |                          |  |                          |   |                          |        |   | 病史标志： 有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/><br><br>病 史： |                             |  |  |  |                              |   |  |     |  | 黑白照片<br>半身一寸<br>正面脱帽  |   |  |  |  |                                       |                                       |  |  |  |                |                             |  |  |  |  |
|                               |  |  |                          |  |                          |   |                          |        |   |   |                             |  |  |  |                              |   |  |     |  |   |   |  |  |  | 体检医院<br>骑缝章                           |                                       |  |  |  |                |                             |  |  |  |  |
| 眼<br>科                        | 左  |  | 右                        |  | 矫正视力                     |   | 右 <input type="text"/>   |        | 左 <input type="text"/>  |   | 检查者                         |  | 彩色图案及彩色数码检查：<br>正常 <input type="checkbox"/> 轻度色觉异常 <input type="checkbox"/> 色觉异常II度 <input type="checkbox"/> |  |                              |   |  | 检查者 |  | 医师提示：<br>学校可以不予录取：<br>学校有关专业可不予录取：<br>不宜就读的专业：<br>未见异常： <input type="checkbox"/><br><br>签名： |   |  |  |  |                                       |                                       |  |  |  |                |                             |  |  |  |  |
|                               | 裸眼视力   |  | 矫正度数                     |  | 右 <input type="text"/>   |   | 左 <input type="text"/>   |        | 单色识别能力检查：<br>(色觉异常者查此项,只填涂能识别的)<br>红 <input type="checkbox"/> 黄 <input type="checkbox"/> 绿 <input type="checkbox"/> 蓝 <input type="checkbox"/> 紫 <input type="checkbox"/> |   |                             |  |  |  |                              |   |  |     |  |   |   |  |  |  |                                       |                                       |  |  |  |                |                             |  |  |  |  |
|                               | <input type="checkbox"/>   |  | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |   | <input type="checkbox"/> |        |   |   |                             |  |  |  |                              |   |  |     |  |   |   |  |  |  |                                       |                                       |  |  |  |                |                             |  |  |  |  |
|                               | <input type="checkbox"/>   |  | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |   | <input type="checkbox"/> |        |   |   |                             |  |  |  |                              |   |  |     |  |   |   |  |  |  |                                       |                                       |  |  |  |                |                             |  |  |  |  |
| 其他                            |  |  |                          |  |                          |   |                          |        |   |   |                             |  |  |  |                              |   |  |     |  |   |   |  |  |  |                                       |                                       |  |  |  |                |                             |  |  |  |  |
| 耳<br>鼻<br>喉<br>科              | 听力   |  |                          |  |                          | 右耳 <input type="text"/> 米                             |                          |        |   |   | 左耳 <input type="text"/> 米   |  |  |  |                              | 检查者：  |  |     |  |   |   |  |  |  |                                       |                                       |  |  |  |                |                             |  |  |  |  |
|                               | 嗅觉   |  |                          |  |                          | 正常 <input type="checkbox"/>                           |                          |        |   |   | 迟钝 <input type="checkbox"/> |  |  |  |                              | 丧失 <input type="checkbox"/>   |  |     |  |   | 检查者：  |  |  |  |                                       |                                       |  |  |  |                |                             |  |  |  |  |
|                               | 耳鼻咽喉   |  |                          |  |                          | 正常 <input type="checkbox"/>                           |                          |        |   |   | 其他 <input type="checkbox"/> |  |  |  |                              | 其他  |  |     |  |   | 未见异常： <input type="checkbox"/><br>签名：             |  |  |  |                                       |                                       |  |  |  |                |                             |  |  |  |  |
| 内<br>科                        | 血压   |  |                          |  |                          | <input type="text"/>                                  |                          |        |   |   | 检查者：                        |  |  |  |                              | 发育情况 良 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 差 <input type="checkbox"/> |  |     |  |   |   |  |  |  |                                       |                                       |  |  |  |                |                             |  |  |  |  |
|                               | 心脏及血管  |  |                          |  |                          | 正常 <input type="checkbox"/>                           |                          |        |   |   | 其他 <input type="checkbox"/> |  |  |  |                              | 呼吸系统 正常 <input type="checkbox"/>  |  |     |  |   | 其他 <input type="checkbox"/>                       |  |  |  |                                       | 神经系统 正常 <input type="checkbox"/>      |  |  |  |                | 其他 <input type="checkbox"/> |  |  |  |  |
|                               | 腹部器官   |  |                          |  |                          | 肝 正常 <input type="checkbox"/>                         |                          |        |   |   | 其他 <input type="checkbox"/> |  |  |  |                              | 脾 正常 <input type="checkbox"/>   |  |     |  |   | 其他 <input type="checkbox"/>                       |  |  |  |                                       | 未见异常： <input type="checkbox"/><br>签名： |  |  |  |                |                             |  |  |  |  |
|                               | 其他   |  |                          |  |                          |   |                          |        |   |   |                             |  |  |  |                              |   |  |     |  |   |   |  |  |  |                                       |                                       |  |  |  |                |                             |  |  |  |  |
| 胸<br>部<br>透<br>视              | 其他 <input type="checkbox"/>  |  |                          |  |                          | 其他 <input type="checkbox"/>                           |                          |        |   |   | 其他                          |  |  |  |                              | 医师提示：<br>学校可以不予录取：<br>学校有关专业可不予录取：  |  |     |  |   | 不宜就读的专业：<br>未见异常： <input type="checkbox"/><br>签名： |  |  |  |                                       |                                       |  |  |  |                |                             |  |  |  |  |
|                               |  |  |                          |  |                          |   |                          |        |   |   |                             |  |  |  |                              |   |  |     |  |   |   |  |  |  |                                       |                                       |  |  |  |                |                             |  |  |  |  |
| 身高/厘米                         |  |  | 体重/千克                    |  |                          | 检查者   |                          | 外<br>科 |   | 皮肤 正常 <input type="checkbox"/>  |                             |  |  |  | 其他 <input type="checkbox"/>  |   |  |     |  | 面部 正常 <input type="checkbox"/>  |   |  |  |  | 其他 <input type="checkbox"/>           |                                       |  |  |  |                |                             |  |  |  |  |
| <input type="text"/>          |  |  | <input type="text"/>     |  |                          |   |                          |        |   | 颈部 正常 <input type="checkbox"/>  |                             |  |  |  | 其他 <input type="checkbox"/>  |   |  |     |  | 脊柱 正常 <input type="checkbox"/>  |   |  |  |  | 其他 <input type="checkbox"/>           |                                       |  |  |  |                |                             |  |  |  |  |
| <input type="text"/>          |  |  | <input type="text"/>     |  |                          |   |                          |        |   | 四肢 正常 <input type="checkbox"/>  |                             |  |  |  | 其他 <input type="checkbox"/>  |   |  |     |  | 关节 正常 <input type="checkbox"/>  |   |  |  |  | 其他 <input type="checkbox"/>           |                                       |  |  |  |                |                             |  |  |  |  |
| <input type="text"/>          |  |  | <input type="text"/>     |  |                          |   |                          |        |   | 其他  |                             |  |  |  |                              |   |  |     |  |   |   |  |  |  | 未见异常： <input type="checkbox"/><br>签名： |                                       |  |  |  |                |                             |  |  |  |  |
| 口<br>腔<br>科                   | 是否口吃   |  |                          |  |                          | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> |                          |        |   |   | 其他                          |  |  |  |                              | 医师提示：<br>学校可以不予录取：<br>学校有关专业可不予录取：  |  |     |  |   | 不宜就读的专业：<br>未见异常： <input type="checkbox"/><br>签名： |  |  |  |                                       |                                       |  |  |  |                |                             |  |  |  |  |
|                               | 口腔   |  |                          |  |                          | 正常 <input type="checkbox"/>                           |                          |        |   |   | 其他 <input type="checkbox"/> |  |  |  |                              |   |  |     |  |   |   |  |  |  |                                       |                                       |  |  |  |                |                             |  |  |  |  |
| 转<br>氨<br>酶                   | 正常   |  |                          |  |                          | 其他 <input type="checkbox"/>                           |                          |        |   |   | 诊断：                         |  |  |  |                              | 签名：   |  |     |  |   |   |  |  |  |                                       |                                       |  |  |  |                |                             |  |  |  |  |
|                               | <input type="checkbox"/>   |  |                          |  |                          | <input type="checkbox"/>                              |                          |        |   |   |                             |  |  |  |                              |   |  |     |  |   |   |  |  |  |                                       |                                       |  |  |  |                |                             |  |  |  |  |
| 体<br>检<br>医<br>院<br>提<br>示    | 学校可以不予录取：<br>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> |  |                          |  |                          |   |                          |        |   |   |                             |  |  |  |                              | 主检医师签名：   |  |     |  |   |   |  |  |  |                                       |                                       |  |  |  |                |                             |  |  |  |  |
|                               | 学校有关专业可不予录取：<br>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>                         |  |                          |  |                          |   |                          |        |   |   |                             |  |  |  |                              |   |  |     |  |   |   |  |  |  |                                       |                                       |  |  |  |                |                             |  |  |  |  |
|                               | 不宜就读的专业：<br>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>  |  |                          |  |                          |   |                          |        |   |   |                             |  |  |  |                              |   |  |     |  |   |   |  |  |  |                                       |                                       |  |  |  |                |                             |  |  |  |  |
|                               | 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>   |  |                          |  |                          |   |                          |        |   |   |                             |  |  |  |                              |   |  |     |  |   |   |  |  |  |                                       |                                       |  |  |  |                |                             |  |  |  |  |
| 未见异常 <input type="checkbox"/> |  |  |                          |  |                          |   |                          |        |   |   |                             |  |  |  | 未参检 <input type="checkbox"/> |   |  |     |  |   |   |  |  |  |                                       |                                       |  |  |  | 体检医院(章)<br>月 日 |                             |  |  |  |  |

备注：填涂框□可用黑色墨水笔打√。医师提示栏内：“未见异常”用黑色墨水笔涂黑方框；“学校可以不予录取”、“学校有关专业可不予录取”、“不宜就读的专业”，医师用阿拉伯数字直接写出相对应的条款序号。