

附件 2 :

## 北京市 年研究生招生体格检查表

报考单位 \_\_\_\_\_ 报考专业 \_\_\_\_\_ 复试编号 \_\_\_\_\_

姓名		性别		年龄		民族		相 片  (招生单位盖骑缝章)
既往病史 (此栏由学生如实填写)								
眼   科	视 力	右	矫 正	是		检查者	医师意见	
		左		否				
	色 觉 检 查	彩色图案及彩色数码检查: 色觉检查图名称: ( ) 单色识别能力检查: (色觉异常者此项) 红 ( ) 黄 ( ) 绿 ( ) 蓝 ( ) 紫 ( )				检查者		
其他 眼疾							签名:	
内     科	血 压          /          mmHg					检查者	医师意见	
	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 _____		肾 _____		
			脾 _____ 厘米		性质 _____			
其 它							签名:	

外科	身高_____厘米		体重_____千克		检查者	医师意见
	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	医师意见
	嗅觉				检查者	
	耳鼻喉					
数字 X 线摄影 (DR)	复试不做此项检查				医师签名:	
化验单粘贴处	(空腹抽血)					
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 style="text-align: right;">年 月 日</p>					