

广州体育学院研究生招生体格检查表

(此表请双面打印)

报考专业：
准考证号码：

研究方向：
编号：

姓 名			性 别		出 生 年 月 日		婚 否		免冠照片 (必须提供) 体检医院 骑 缝 章
文化程度			民 族		职 业				
籍 贯			考生本人 通讯地址						
所在单位 名 称						联 系 电 话			
既往病史									
(以上由考生本人如实填写)									
五 官 科	眼	裸眼 视力	右	矫 正 视 力	右 矫正度数		医生意见 (签字)		
			左		左 矫正度数				
		其它 眼病			色 觉 检 查	彩色图案及编码			
						单颜色识别 红、绿、紫、蓝、黄			
	耳	听力	右	米			2. 耳鼻喉科		
			左	米					
	鼻	嗅觉			鼻及耳 窦疾病		3. 口腔科		
颜面 部				咽 喉					
口腔	唇			门 牙					
其它									
外 科	身長	厘米		体 重	千克	皮 肤	医生意见 (签字)		
	淋巴			甲状 腺		脊 柱			
	四肢								
	关节				平跖足				
	其它								

说明：此表由考生本人体检时贴好照片交医院，请在二甲及以上医院进行体检。“既往病史”一栏，考生必须如实填写，如发现隐瞒严重疾病，不符合体检标准的，即使已录取入学，也必须取消入学资格。

内科	血 压	毫 米 汞 柱		心 率 (次/分)		医生意见 (签字)			
	发 育 及 营 养 状 况								
	神 经 及 精 神								
	呼 吸 系 统								
	心 脏 及 血 管								
	腹 部 器 官	肝							
		脾		肾					
	其 它								
化 验 检 查 (要附化验单据)	血		肝功		尿				
胸 部 透 视 检 查						医师签字			
其 他 检 查		口吃		外貌 异常					
体 检 结 论	负责医师签字 (盖章)								
体检医院意见	体检医院 年 月 日 (盖章)								
复 审 意 见	复审单位签字 (盖章)								
备 注									

广州体育学院研究生招生办公室

招生办公室