西南医科大学二〇二〇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 □□□□□□□□□□□□□□ 所在单位名称

姓名 | 性别 | 婚否 | 出生 年 月 日 区(县)

黑白照片 半身一寸 正面脱帽

既往病史（此栏由考生如实填写）

病史标志：有 □ 无 □

病史：

体检医院骑缝章

眼科

	左				右				矫正视力	检查者	色觉检查	检查者
裸眼视力	0	0	0	0	0	0	0	0	右 左		彩色图案及彩色数码检查：正常 □ 轻度色觉异常 □ 色觉异常Ⅱ度 □	
	1	1	1	1	1	1	1	1	矫正度数		单色识别能力检查：（色觉异常者查此项，只填涂能识别的）	
	2	2	2	2	2	2	2	2	右 [+][-]		红□ 黄□ 绿□ 蓝□ 紫□	
	4	4	4	4	4	4	4	4	左 [+][-]			
	8	8	8	8	8	8	8	8				

其他

医师提示：
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：
未见异常：□
签名：

耳鼻喉科

听力 右耳 □ 米 左耳 □ 米 检查者：

嗅觉 正常 □ 迟钝 □ 丧失 □ 检查者：

耳鼻咽喉 正常 □ 其他 □ 其他

医师提示：
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：
未见异常：□
签名：

内科

血压 □□□/□□□ mm Hg 检查者： 发育情况 良□ 中□ 差□

心脏及血管 正常 □ 其他 □ 呼吸系统 正常 □ 其他 □ 神经系统 正常 □ 其他 □

腹部器官 肝 正常 □ 其他 □ 脾 正常 □ 其他 □

其他

医师提示：
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：
未见异常：□
签名：

胸部透视

其他 □ 其他 □ 其他

医师提示： 不宜就读的专业：
学校可以不予录取： 未见异常：□
学校有关专业可不予录取： 签名：

身高/厘米	体重/千克	检查者
0 1 2 4 8	0 1 2 4 8	

外科

皮肤	正常 □	其他 □	面部	正常 □	其他 □
颈部	正常 □	其他 □	脊柱	正常 □	其他 □
四肢	正常 □	其他 □	关节	正常 □	其他 □

其他

医师提示：
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：
未见异常：□
签名：

口腔科

是否口吃 是 □ 否 □ 其他

口腔 正常 □ 其他 □

医师提示： 不宜就读的专业：
学校可以不予录取： 未见异常：□
学校有关专业可不予录取： 签名：

转氨酶

正常 □ 其他 □ □ □ □ 单位 诊断：

签名：

体检医院提示

学校可以不予录取：
1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5 □ 6 □
学校有关专业可不予录取：
1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5 □
不宜就读的专业：
1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5 □ 6 □
7 □ 8 □ 9 □
未见异常 □ 未参检 □

主检医师签名：

体检医院（章）
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。