

湖南师范大学研究生复试体格检查表

报考学院:

报考专业:

准考证编号:

姓名		性别		出生	年 月 日	婚否		照片 (公章)		
报考时最高学历		民族		毕业学校						
籍贯				毕业时间						
考生所在单位名称										
考生联系电话及通讯地址										
既往病史										
家族病史										
五官科	眼	视力	右	矫正 视力	右	矫正后 共同视力		色觉	医生意见 签字	
			左		左					
	砂眼	右			其他 眼疾					
		左								
	耳	听力	右			耳病				
			左							
	鼻	嗅觉			鼻及鼻窦疾病					
	唇颚				咽喉		口吃			
齿				齿脱落		齿槽 脓漏				
其他										
外科	身高	厘米	胸围	厘米	肺活量				医生意见 签字	
	体重	公斤	呼吸差	毫升	皮肤					
	淋巴				脊柱					
	四肢				关节					
	泌尿生殖器				肛门					
	疝				其他					

内科	脉搏	次/分钟	血压	/ 毫米汞柱	医生意见
	发育状况		营养状况		
	神经及精神疾病				签字
	肺呼吸道疾病				
	心脏及血管疾病				
	腹腔器官疾病				
	月经史				
	其他				
化验检查					化验员签字
DR 检查					医师签字
心电图					
其他检查					
诊断结论					负责医师（盖章）
审查意见					
备注					

请双面打印此表

2022 年 月 日