

江南大学接收 2015 年推荐免试研究生体检表

报考学院:

报考专业:

姓 名		性 别		出 生	年 月 日	婚 否		正面脱帽 半身一寸 照片	
民 族		所 学 专 业		本 科 院 校					
籍 贯		考 生 本 人 通 讯 地 址							
所 在 单 位 名 称					联 系 电 话			体检医院 骑 缝 章	
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			医师意见 (签字) 1、眼科 2、耳鼻喉科 3、口腔科	
			左		左 矫正度数				
		其 他 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		耳 疾				
			左 米						
	鼻	嗅 觉			鼻 及 鼻 窦 疾 病				
	颜面部				咽 喉				
口 腔	唇			门 齿					
其 他									
外 科	身 长	厘米	体 重			皮 肤			
	淋 巴			甲 状 腺			脊 柱		
	四 肢								
	关 节				平 跖 足				
	其 他								

说明: 1、此表由考生本人体检时贴好照片交医院。“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。
2、按表中内容至二级甲等以上医院或所就读的高校医院体检,要有医院结论和盖章。

内科	血 压	毫米汞柱		心 率 (次/分)	医师意见 (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 他							
化 验 检 查 (要附化验单)	血		肝功		尿		
胸 部 透 视 检 查					医师意见		
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							