|  |
| --- |
| 贴条形码处 |

湖南师范大学研究生复试体格检查表

报考学院： 报考专业： 考生编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  QQ邮箱 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | 龋 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  签字 |
| 发育状况 |  | 营养  状况 |  |
| 神经及精 神疾病 |  | | |
| 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 202 年 月 日