

2021

准考证号（或报名号）：

拟录取专业代 名称：

姓 名		性 别		出生年月		婚 否		正面免冠一寸 片 (粘)	
籍 贯		民 族		联系电话					
考生本人通讯地址									
原毕业学校或工作单位									
既往病史								体检医院 骑缝章	
(以上 考生本人如实填写)									
五官科	裸 视 力	左：		矫 正 视 力	左：		辨 色 力	左：	医师意见： (签字) 科
		右：			右：			右：	
	色 觉 检 查	色彩图案及编				其 他 病			
		单颜色识别 红□ 绿□ 紫□ 蓝□ 黄□							
	耳	听 力	左：	米	右：	米	耳 疾		耳鼻喉科
鼻					咽 喉				
结 论									
外科	长	厘米	体 重	千克	皮 肤				医师意见： (签字)
	淋 巴	甲 状 腺		脊 柱					
	四 肢								
	关 节					平 趾			
	结 论								

说明：此表必须 纸正反面打印。“既往病史”一栏，考生必须如实填写。如不符合体检标准的，或者发
隐瞒严重疾病，即使已经录取入学，也将取消入学资格。

准考证号:

姓名:

拟录取专业:

内科	血 压			心 率	次 分	医师意见: (签字)
	发育及营养状况					
	经及精					
	呼吸系统					
	心脏及血管					
	腹部器官	肝				
		脾		肾		
结 论						
化 验 检 查 (要附化验单据)	血常规			肝功能		
胸部放射线检查					医师签字:	
其他 检查						
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						

体检日期: 年 月 日