**中国药科大学研究生招生体格检查表**

报考类型：硕士（） 博士（） 报考学院： 报考专业：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 | |  | 出生日期  年 月 日 | | | | 婚否 |  | 半身一寸  正面脱帽 |
| 籍贯 |  | 考生本人通讯地址 | |  | | | | | | |
| 现就读院校名称 |  | | | 联系电话 | |  | | | | |
| 既往病史 |  | | | 身份证号码 | |  | | | | | 体检医院骑缝章 |
| （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） |
| 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 | | | |
| 外科 | 身高 | 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 | | |  | | |
| 其他 |  | | | | | | | | |
| 心电图检查 | |  | | | | | | | | | 医师签字 |
| 数字化摄影  （DR胸片 ） | |  | | | | | | | | | 医师签字 |

说明：此表需双面打印，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或弄虚作假者，将根据国家相关规定严肃处理。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | |  | | | |
| 其他 |  | | | | | |
| 化验检查  （须附化验单原件） | | | 五分类血细胞分析 | |  | | | 医师签字 |
| 血生化 | | 肝功 | | |
| 肾功 | | |
| 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 | | |  | | | | | |