新疆农业大学（博士、硕士）研究生入学体格检查表

**附件4:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | | | | | | 性别 | | |  | | 出生年月 | | | |  | |  |
| 文化程度 | |  | | 族别 | |  | | | 职业 | | |  | | | | | 婚否 | |  |
| 籍贯 | |  | | | | | | | 联系方式 | | | |  | | | | | | |
| 原毕业学校或工作单位 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 公尺 | | | | | | 耳疾 | | | | |  | | | |
| 左 公尺 | | | | | |
| 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 | | 公分 | | | | 体重 | | | 公斤 | | | | | 皮肤 | |  | | | 医师意见：  （签字） |
| 淋巴 | |  | | | | 甲状腺 | | |  | | | | | 脊柱 | |  | | |
| 四肢 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 关节 | |  | | | | | | | 平跖足 | | | | | |  | | | |
| 其他 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |

报考学院： 报考专业： 学习方式： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | | | | | |
| 肺及呼吸道 |  | | | | | |
| 心脏及血管 |  | | | | | |
| 腹部器官 | 肝 |  | | | | |
| 脾 |  | | | | |
| 其他 |  | | | | | |
| 化验检查  （要附化验单据） | | 血常规 | |  | | | 尿常规 |  |
| 肝功能 | |  | | | 肾功能 |  |
| 心电图检查 | | 医师签字： | | | | | | |
| 胸部放射线检查 | | 医师签字： | | | | | | |
| 体检结论 | | 负责医师签字： （单位盖章） | | | | | | |
| 复审意见 | | 复审单位签字： （盖章） | | | | | | |
| 备注 | |  | | | | | | |