

体格检查表

报考第一志愿单位：华东理工大学

报考学院：

报考专业：

姓名		性别		出生年月日	婚否		照片	
文化程度		民族		职业				
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	右	矫正 视力	右	矫正度数	医生意见 (签字) 1、眼科	
		视力	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			2、耳鼻喉科
			左	米				
	鼻	嗅觉			鼻及 鼻窦 疾病			3、口腔科
	颜面部				咽喉			
口腔	唇			门齿				
其他								
外科	身长	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				平跖足			
	其他							

说明：此表由考生本人体检时将个人信息填写完整并贴好照片，交至校医院。“既往病史”一栏，考生必须如实填写。

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		肝功能		尿			
X 线胸片检查					医师签字			
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								