**附件1**

**北京市年研究生招生体格检查表**

报考单位报考专业

身份证号准考证号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** | |  | **性别** |  | | **年龄** | |  | **民族** |  | 【相片】 | |
| **既往病史（此栏由学生如实提供）** | |  | | | | | | | | |
| **眼**  **科** | **裸眼**  **视力** | **右** | **矫正**  **视力** | | **右矫正度数** | | | | | 检查者 | 医师签名 | |
| **左** | **左矫正度数** | | | | |
| **色觉**  **检查** | **彩色图案及彩色数码检查：**  空后色觉检查图（）俞自萍色盲检查图（）  **单色识别能力检查：**  红（）黄（）绿（）蓝（）紫（） | | | | | | | | 检查者 |
| **眼病** |  | | | | | | | | |
| **内**  **科** | **血压／** mmHg | | | | | | | | 检查者 | | 医师签名 | |
| **发育**  **情况** |  | | | | | | | | |
| **心脏**  **及血管** |  | | | | | | | | |
| **呼吸**  **系统** |  | | | | | | | | |
| **神经**  **系统** |  | | | | | **口吃** | |  | |
| **腹部**  **器官** | 肝厘米性质  脾厘米性质 | | | | | | | | |
| **其它** |  | | | | | | | | |
| **外**  **科** | **身高**厘米**体重**千克 | | | | | | | | 检查者 | | 医师签名 | |
| **皮肤** |  | | | | | **面部** | |  | |
| **颈部** |  | | | | | **脊柱** | |  | |
| **四肢** |  | | | | | **关节** | |  | |
| **其它** |  | | | | | | | | |
| **耳**  **鼻**  **咽**  **喉**  **科** | **听力** | **左耳**米 | | | **右耳**米 | | | | 检查者 | | 医师签名 | |
| **嗅觉** |  | | | | | | | 检查者 | |
| **耳鼻**  **咽喉** |  | | | | | | | | |
| **口**  **腔**  **科** | **唇腭** |  | | | | | | | | | 医师签名 | |
| **牙齿** |  | | | | | | | | |
| **其它** |  | | | | | | | | |
| **胸部X**  **射线检查** | |  | | | | | | | | | | 医师签名 |
| **化验** | | 丙氨酸氨基转移酶  （ALT） | | | | | | | | | | 医师签名 |
| **体检机构**  **意见** | | **请各招生单位根据以上体检结果，参照执行《普通高等学校招生体检工作指导意见》（教学【2003】3号），确定该生身体条件是否可以录取。**  主检医师签名：体检机构公章  年月日 | | | | | | | | | | |