**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 |