

大连外国语大学研究生招生考试体检表

推免拟录取专业：

体检日期： 年 月 日

| | | | | | | | | | |
|----------------|--------|------|------|-------|--------|-------|--|---|---------------------|
| 姓名 | | 性别 | | 出生 | 年 月 日 | 婚否 | | 照 片 | |
| 文化程度 | | 民族 | | 职业 | | | | | |
| 籍贯 | 省 市(县) | | 现通讯地 | 址 | | | | | |
| 原毕业学校 或工作单位 | | | | | | | | 医院公章 | |
| 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 | 右 | 矫正度数： | | 医师意见 (签字) 1、眼科 2、耳鼻喉科 3、口腔科 | |
| | | | 左 | 视力 | 左 | 矫正度数： | | | |
| | | 其他眼病 | | | | 辨色力 | | | |
| | 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 颚 | | | 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 | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|---------------------|--------------|------|-----|-----|-----|--|--------------|--|
| 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 | | | 口 吃 | | | | |
| | 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 | | 肝 功 | | 尿 | | | |
| 胸 部 放 射 线 检 查 | 医师签字: | | | | | | | |
| 其 他 检 查 | | | | | | | | |
| 体 检 结 论 | 负责医师签字: (盖章) | | | | | | | |
| 体 检 医 院 意 见 | 体检医院: (盖章) | | | | | | | |
| 复 审 意 见 | 复审单位签字: (盖章) | | | | | | | |
| 备 注 | | | | | | | | |

(体检表双面打印)