

# 深圳大学硕士研究生招生体检表

招生学院：\_\_\_\_\_ 招生专业：\_\_\_\_\_

市\_\_\_\_\_县（区）\_\_\_\_\_

姓名		性别		出生	年 月 日	婚 否		半身一寸 脱帽相片  体检医院 体检章
文化程度		民 族			职业			
籍 贯		现住所及 通讯处						
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 力	右	矫 正 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 病		色 觉 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 腭			门 齿		口 吃		
其 他								
外 科	身 长	公 分	体 重	公 斤	皮 肤			医师意见
	淋 巴		甲 状 腺		脊 柱			
	四 肢							
	关 节				平 跖 足			签 字
	其 他							

内科	血 压		心 率 (次/分)		医 师 意 见
	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				签 字	
化 验 检 查 (要附化验单据)	血		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: (盖章)				
备 注					

注: 1. “既往病史”一栏考生必须如实填写。如发现有隐瞒严重疾病, 不符合体检标准的, 即使已录取入学, 也必须取消入学资格。

2. 体检标准按《普通高等学校招生体检指导意见》执行。

体检日期: 二〇二 年 月 日