

中山大学

2024 年拟录取硕士研究生体格检查表

拟录取院系代码：769      拟录取院系名称： 生物医学工程学院

准考证号：                      拟录取专业：                      考生联系电话：

|               |     |             |       |         |                    |   |              |      |  |                          |
|---------------|-----|-------------|-------|---------|--------------------|---|--------------|------|--|--------------------------|
| 姓 名           |     | 性别          |       | 出生      | 年                  | 月 | 日            | 婚否   |  | 半 脱<br>身 帽<br>一 照<br>寸 片 |
| 文化程度          |     | 民 族         |       | 职 业     |                    |   |              |      |  |                          |
| 籍 贯           |     | 考生本人<br>通讯处 |       |         |                    |   |              |      |  |                          |
| 所在单位<br>名 称   |     |             |       |         |                    |   |              |      |  |                          |
| 既往病史          |     |             |       |         |                    |   |              |      |  | 体检医院<br>骑缝章              |
| (以上由考生本人如实填写) |     |             |       |         |                    |   |              |      |  |                          |
| 五官科           | 眼   | 裸 眼 视 力     | 右     | 矫 正 视 力 | 右 矫正度数             |   | 医师意见<br>(签字) |      |  |                          |
|               |     |             | 左     |         | 左 矫正度数             |   |              |      |  |                          |
|               |     | 其 他 眼 病     |       | 色 觉 检 查 | 彩色图案及编码            |   |              | 1、眼科 |  |                          |
|               |     |             |       |         | 单颜色识别<br>红、绿、紫、蓝、黄 |   |              |      |  |                          |
|               | 耳   | 听 力         | 右 公 尺 |         | 耳 疾                |   | 2、耳鼻喉科       |      |  |                          |
|               |     |             | 左 公 尺 |         |                    |   |              |      |  |                          |
|               | 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   | 公斤      | 皮 肤                |   | 医师意见<br>(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完成后交校区门诊部。“既往病史”一栏，考生必须如实填写，如发现隐瞒疾病，不符合体检标准的，即使已录取，也将取消入学资格。

|                     |               |                 |  |                |  |              |  |
|---------------------|---------------|-----------------|--|----------------|--|--------------|--|
| 内科                  | 血 压           | 毫 米 汞 柱         |  | 脉 博<br>(次 / 分) |  | 医师意见<br>(签字) |  |
|                     | 发 育 及<br>营养状况 |                 |  |                |  |              |  |
|                     | 神 经 及<br>精 神  |                 |  |                |  |              |  |
|                     | 肺 及<br>呼 吸 道  |                 |  |                |  |              |  |
|                     | 腹 部 器 官       | 肝               |  |                |  |              |  |
|                     |               | 脾               |  |                |  |              |  |
|                     | 其他            |                 |  |                |  |              |  |
| 化 验 检 查<br>(要附化验单据) |               | 血常规             |  | 肝功二项           |  | 尿糖<br>尿蛋白    |  |
| 胸 部 放 射 线<br>检 查    |               |                 |  |                |  | 医师签字         |  |
| 其 他 检 查             |               |                 |  | 口 吃            |  | 外 貌<br>异 常   |  |
| 体 检 结 论             |               | 负责医师签字 (盖章)     |  |                |  |              |  |
| 体 检 医 院<br>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                 |               |                 |  |                |  |              |  |

此表请用 A4 纸双面打印（复印）。