**中 山 大 学**

**20 年推免生体格检查表**

复试院系代码：500 复试院系名称：中山医学院 推免生来源： 校内（ ）校外（ ）

身份证号： 复试专业： 推免生联系电话：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生 年 月 日 | 婚否 |  | 半 脱身 帽一 照寸 片 |
| 文化程度 |  | 民 族 |  | 职 业 |  |
| 籍 贯 |  | 本人通讯地址 |  |
| 所在单位名 称 |  |
| 既往病史 |  | 体检医院骑缝章 |
| **（以上由推免生本人如实填写）** |
| 五官科 | 眼 | 裸 眼视 力 | 右 | 矫 正视 力 | 右 矫正度数 | 医师意见（签字）1. 眼科
2. 耳鼻喉科
3. 口腔科
 |
| 左 | 左 矫正度数 |
| 其 他眼 病 |  | 色 觉检 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 |  | 门 齿 |  |
| 其他 |  |
| 外科 | 身长 |  厘米 | 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 |  |

说明：此表由推免生本人体检完成后交校区门诊部。“既往病史”一栏，须如实填写。推免生须承诺体检结果的真实性，如发现隐瞒疾病、不符合体检标准或体检作弊，将取消录取、入学资格。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 内科 | 血 压 |  毫 米 汞 柱 | 脉 博（次 / 分） |  | 医师意见（签字） |
| 发 育 及营养状况 |  |
| 神 经 及精 神 |  |
| 肺 及呼 吸 道 |  |
| 腹 部器 官 | 肝 |  |
| 脾 |  |
| 其他 |  |
| 化 验 检 查（要附化验单据） | 血常规 |  | 肝功二项 |  | 尿糖尿蛋白 |  |
| 胸 部 放 射 线检 查 |  | 医师签字 |
| 其 他 检 查 |  | 口 吃 |  | 外 貌异 常 |  |
| 体 检 结 论 | 负责医师签字 （盖章） |
| 体 检 医 院 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）。

如有复查项目，才需复审意见，如各项均正常，无需复审意见。