

西北农林科技大学

20 年 博士 研究生体格检查表

报考学院 _____ 报考专业 _____

姓名		年龄	性别		婚否	照片 体检单位 骑缝章					
文化程度		民族	职业								
籍贯		省 市(县)									
原毕业学校 或工作单位											
既往病史		家族病史									
(以上由被检查本人如实填写)											
五官科	眼科	裸眼 视力	右		矫正 视力	右		矫正度 数	右		医师签字
			左		左		左				
		色觉 检查	单色识别能力 (色觉异常者检查此项, 能识别填1, 不能识别填0) 红□ 黄□ 绿□ 蓝□ 紫□								
	眼疾										
	耳鼻喉	听力	右	m		嗅觉				医师签字	
			左	m		耳鼻咽喉					
	口腔科	口腔	唇腭				口吃				医师签字
齿		龋齿				缺齿					
其他											
外科	身高	cm			体重		kg		医师签字		
	淋巴				皮肤						
	甲状腺				四肢 脊柱						
	泌尿 生殖器				平跖足						
	疝				其他						

内科	血 压	/ mmHg		心 率 (次/分)	医师签字
	发育及营 养 状 况		神经精神		医师签字
	呼吸系统				
	心血管				
	肝		脾		
	腹部器官		其他		
化验检查	肝功				医师签字
胸部放射线检查				医师签字	
其他检查					
体检结论	负责医生签字： (盖章)				
备 注					

注：1. “既往病史”一栏，必须如实填写，不得隐瞒；对体检中弄虚作假者，按我校相关规定进行处理。

2. 体检表上无照片或照片上未加盖体检医院骑缝章均属无效。

体检日期： 年 月 日