

# 浙江工业大学研究生招生体检表

准考证号					报考专业					照 片				
姓名			性 别		出生年月			婚 否						
身份证号			民 族		职业									
籍贯			考生本人 通讯地址											
学习单位 工作单位					联系电话									
既往病史										体验医院 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 (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		彩色图案及编号 单颜色识别 红、绿、紫、蓝、黄									
	耳	听力	右 米		耳疾									
			左 米											
	鼻	嗅觉				鼻及鼻 窦疾病								
	颜面部					咽喉								
口腔	唇				门齿									
其他														
外 科	身高	厘米	体重	千克		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：此表由考生本人体检时贴好照片交医院。“既往病史”一栏，考生必须如实填写，如发现隐瞒严重疾病，不符合体检标准的，即使已录取入学，也必须取消入学资格。

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							
	神 经 及 精 神							
	呼 吸 系 统							
	心 脏 及 血 管							
	腹 部 器 官	肝						
		脾			肾			
	其 他							
化 验 检 查 (要附化验单据)	血			肝 功			尿	
胸 部 透 视 检 查						医师签字		
其 他 检 查			口 吃			外 貌 异 常		
体 验 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								