**浙江省医学科学院（杭州医学院）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 |  |
| 体检医院骑 缝 章 |
| 既往病史 |  |
| **（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 | 身长 | 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 |  | 其 他异 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 |  |