

浙江科技大学研究生招生体检表

(第1页)

准考证号			报考学院 及专业			
姓 名		性别		出生日期		
身份证号			民族		婚否	
联系电话			考生本人 通讯地址			
原学校或工作单位						
既往病史						
			一寸半身 正面免冠照片			
			体检单位 骑缝章			

(以上内容由考生本人如实填写)

五官科	眼	裸眼 视力	左		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		
			右			左 矫正度数				
		其他 眼病			色觉 检查	单色图案及编号 单颜色识别 红、绿、紫、蓝、黄				
	耳	听力	左	米	耳疾	左			2. 耳鼻喉科	
			右	米		右				
	鼻	嗅觉			鼻及鼻窦疾病				3. 口腔科	
	颜面部				咽 喉					
	口腔	唇腭			门齿		口吃			
	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						平趾足				
关节										
其他										

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						
	肺及呼吸道						
	心脏及血管						
	腹部器官	肝					
		脾					
		肾					
其他							
化验检查(需附化验单)	血		肝功		尿		
胸部放射线检查	医师签字:						
其 他 检 查							
体 检 结 论	负责医师签字: (盖章)						
体 检 医 院	体检医院: (盖章)						
备 注							

注: 请正反面打印。“既往病史”一栏, 考生必须如实填写, 如发现有隐瞒严重疾病, 不符合体检标准的, 即使已录取入学, 也必须取消入学资格。

体检日期: 年 月 日