

大连外国语大学研究生招生考试体检表

考生编号：

专 业：

体检日期： 年 月 日

姓 名		性 别		出生	年 月 日	婚 否		照 片	
文化程度		民 族		职 业					
籍 贯	省 市 (县)		现 通 讯 地 址						
原毕业学校 或工作单位								医院公章	
既往病史									
(以上由考生本人如实填写)									
五 官 科	眼	裸 眼	右	矫 正	右	矫正度数：			医师意见 (签 字) 1、眼 科 2、耳 鼻 喉 科 3、口腔科
		视 力	左	视 力	左	矫正度数：			
		其 他 眼 病				辨色力			
	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 颚				门 齿				
其 他									
外 科	身 长	公 分	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								

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			口 吃				
	神 经 及 精 神							
	肺 及 呼 吸 道							
	心 脏 及 血 管							
	腹 部 器 官	肝						
		脾						
	其 他							
化 验 检 查 (要 附 化 验 单 据)	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 意 见	体 检 医 院: (盖 章)							
复 审 意 见	复 审 单 位 签 字: (盖 章)							
备 注								

(双 面 打 印)