

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	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					
	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