编号

泉州师范学院研究生复试体检表

学院 专业领域 研究方向

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | | | | | 性别 | |  | | 相片 | |
| 家庭地址 | |  | | | | | | 电话 | |  | |
| 既往病史 | |  | | | | | | | | | |
| 眼 科 | 裸眼 视力 | 左： | | 矫正 视力 | 左： | | | | | 医师签名： | |
| 右： | | 右： | | | | |
| 色觉  检查 |  | | | | | | | |
| 眼病 |  | | | | | | | |
| 耳 鼻 喉 科 | 听力 | 左耳 | 米 | | | 右耳 | | | 米 | | 医师签名： | |
| 嗅觉 |  | | | | | | | | | |  | |
| 耳鼻  咽喉 |  | | | | | | | | | |
| 内 科 | 血压 | mm/Hg | | | | | | | | | | 医师签名： | |
| 发育  状况 |  | | | | 心脏及血管 | | |  | |  | |
| 呼吸  系统 |  | | | | 神经系统 | | |  | |
| 腹部 |  | | | | | | | | | |  | |
| 其他 |  | | | | | | | | | |
| 外 科 | 身高 | 厘米 | | | 体重 | | 千克 | | | | 医师签名： | |
| 皮肤 |  | | | 面部 | |  | | 颈部 |  |
| 四肢 |  | | | 关节 | |  | | 脊柱 |  |
| 其他 |  | | | | | | | | | |  | |
| 心电图 | |  | | | | | | | | | | 医师签名： | |
| 胸部摄片 | |  | | | | | | | | | | 医师签名： | |
| 肝功能 | |  | | | | | | | | | | 检验师签名： | |
| 血糖 | |  | | | | | | | | | |
| 体检结论 | | 负责人签名： 年 月 日 | | | | | | | | | | |