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 |