

2017 博士

中国政法大学

# 体格检查表

(学生专用)

(A4 纸双面打印)

报考学院: \_\_\_\_\_

报考专业: \_\_\_\_\_

考生编号: \_\_\_\_\_

姓 名: \_\_\_\_\_

性 别: \_\_\_\_\_

出生日期: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

联系方式: \_\_\_\_\_

体检日期: \_\_\_\_\_

|                     |                          |      |                |        |        |
|---------------------|--------------------------|------|----------------|--------|--------|
| 既往病史<br>(此栏由本人如实填写) |                          |      |                | 粘贴一寸照片 |        |
| 身高                  |                          | 发育情况 |                |        |        |
| 体重                  |                          | 营养情况 |                |        |        |
| 内科                  | 血压:        /        mmHg |      | 脉搏:        次/分 |        | 盖章(签名) |
|                     | 心脏及血管                    |      |                |        | 盖章(签名) |
|                     | 呼吸系统                     |      |                |        |        |
|                     | 神经系统                     |      |                |        |        |
|                     | 腹部器官                     |      |                |        |        |
|                     | 其他                       |      |                |        |        |
| 外科                  | 皮肤                       |      | 淋巴             |        | 盖章(签名) |
|                     | 甲状腺                      |      | 脊柱关节           |        |        |
|                     | 四肢                       |      | 泌尿生殖系          |        |        |
|                     | 肛门                       |      | 其它             |        |        |
| 妇科                  | 痛经                       |      | 乳腺             |        |        |
|                     | 其它                       |      |                |        |        |
| 口腔                  | 唇腭:                      |      | 齿脱落:           |        | 盖章(签名) |
|                     | 口吃:                      |      | 其它:            |        |        |
| 五官科                 | 裸眼<br>视力                 | 右:   | 矫正<br>视力       | 右:     | 盖章(签名) |
|                     |                          | 左:   |                | 左:     |        |
|                     | 眼病:                      |      |                |        |        |
|                     | 耳鼻<br>喉                  | 听力   |                | 咽喉     |        |
| 嗅觉                  |                          |      | 其它             |        |        |
| 胸部<br>透视            |                          |      |                | 盖章(签名) |        |

化验单粘贴处：

心电图粘贴处：

检疫：

心电图：

体检结论：

医师盖章（签名）：