

中山大学

2025年拟录取港澳台研究生体检表

拟录取院系代码: 370 拟录取院系名称: 地理科学与规划学院 拟录取类型: (硕士/博士)

身份证号: 拟录取专业: 考生联系电话:

姓名		性别		出生年月日		婚否	半身 脱帽 一寸 照片
文化程度		民族		职业			
籍贯		本人 通讯地址					
所在单位 名称							
既往病史							体检医院 骑缝章

(以上由拟录取港澳台研究生本人如实填写)

五官科	眼	裸眼 视力	右	矫正 视力	右 矫正度数		医师签名:		
			左		左	矫正度数			
			其 他 眼 病		色 觉 检 查	彩色图案及编码			
			单颜色识别 红、绿、紫、蓝、黄						
	耳	听力	右 公尺		耳 疾			医师签名:	
			左	公尺					
		鼻	嗅觉			鼻及鼻 窦疾病			
外科				咽 喉				医师签名:	
	口腔	唇			门 齿				
	其他								
外科	身长		厘米	体 重	公斤	皮 肤		医师签名:	
	淋巴			甲状腺		脊 柱			
	四肢								
	关节				平跖足				
	其他								

说明: 此表由拟录取港澳台研究生本人体检完成后交院系。“既往病史”一栏, 须如实填写。拟录取港澳台研究生须承诺体检结果的真实性, 如发现隐瞒疾病、不符合体检标准或体检作弊, 将取消录取、入学资格。

内 科	血 压	毫 米 汞 柱	脉 博 (次 / 分)		医师签名:	
	发 育 及 营 养 状 况	优 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不 良 <input type="checkbox"/>			医师签名:	
	神 经 及 精 神					
	心 脏					
	肺 及 呼 吸 道					
	腹 部 器 官	肝				
		脾				
其 他						
化 验 检 查 (要附化验单 据)		血 常 规	肝 功 二 项	尿 糖 尿 蛋 白		
胸 部 放 射 线 检 查					医师签字:	
其 他 检 查					医师签字:	
体 检 结 论		负责医师签字 (盖章)				
体 检 医 院 意 见		体检医院 年 月 日 (盖章)				
复 审 意 见		复审单位签字 (盖章)				
备 注						

此表请用 A4 纸双面打印 (复印)。

如有复查项目, 才需复审意见, 如各项均正常, 无需复审意见。