

# 杭州师范大学硕士研究生体检表

所在学院：                      考生姓名：                      身份证号：  
 复试专业代码：                复试专业名称：                考生编号：

姓名		性别		出生年 月 日	婚否		黑 半 正 彩 身 面 照 一 脱 片 寸 帽
文化程度		民族		职业			
籍贯		考生本人通讯地址					
所在单位名称				联系电话			
既往病史							体检医院 骑缝章
(以上由考生本人如实填写)							
五官科	眼	裸视力	右	矫正力	右		医师意见 (签字)  1、眼科
			左		左		
		其他病		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	米	耳疾	
				左	米		
	鼻	嗅觉		鼻及鼻窦疾病			2、耳鼻喉科
	颜面部			咽喉			3、口腔科
口腔	唇		门齿				
其他							
外科	身高	厘米	体重	千克	皮肤		医师意见 (签字)
	淋巴		甲状腺		脊柱		
	四肢						
	关节		扁平足				
	其他						

说明：1.本表须由考生本人粘贴一寸免冠近照，并使用白色 A4 纸双面打印。  
 2.考生于体检时将本表交至体检医院  
 3.“既往病史”一栏须如实填写。如有隐瞒严重疾病、体检不符合录取标准者，一经发现，将取消其复试、录取或入学资格。  
(如采用医院的体检报告，请务必确认其项目已完整覆盖本表所列全部内容，不得缺项。)

内科	血 压	毫 米 汞 柱		心 率 (次/分)	医师意见 (签字)		
	发 育 及 营 养 状 况						
	神 经 及 精 神						
	呼 吸 系 统						
	心 脏 及 血 管						
	腹 器 部 管	肝					
		脾					肾
其 他							
化 验 检 查 (要附化验单据)	血 常 规		肝 功 能		尿 常 规		
胸 部 透 视 检 查 (要附检查单据)					医师签字		
其 他 检 查		口 吃			外 貌 异 常		
体 检 结 论	负责医师签字： (体检医院盖章) 年 月 日						
复 审 意 见	复审单位签字 (盖章)						
备 注							