

大连外国语大学研究生招生考试体检表

推免拟录取专业：

体检日期： 年 月 日

姓名		性别		出生	年 月 日	婚否		照 片	
文化程度		民族		职业					
籍贯	省 市(县)		现通讯地	址					
原毕业学校 或工作单位								医院公章	
既往病史									
(以上由考生本人如实填写)									
五官科	眼	裸眼视力	右	矫正	右	矫正度数：		医师意见 (签字) 1、眼科 2、耳鼻喉科 3、口腔科	
			左	视力	左	矫正度数：			
		其他眼病				辨色力			
	耳	听力	右 公尺		耳疾				
			左 公尺						
	鼻	嗅觉			鼻及鼻窦疾病				
	颜面部				咽喉				
口腔	唇 颚			门 齿					
其他									
外科	身 长	公分	体 重	公斤	皮 肤				医师意见 签 字
	淋 巴		甲状腺		脊 柱				
	四 肢								
	关 节			平跖足					
	其 他								

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			口 吃				
	神 经 及 精 神							
	肺 及 呼 吸 道							
	心 脏 及 血 管							
	腹 部 器 官	肝						
		脾						
	其 他							
化 验 检 查 (要附化验单据)	血 常 规		肝 功		尿			
胸 部 放 射 线 检 查	医师签字:							
其 他 检 查								
体 检 结 论	负责医师签字: (盖章)							
体 检 医 院 意 见	体检医院: (盖章)							
复 审 意 见	复审单位签字: (盖章)							
备 注								

(体检表双面打印)