兰州大学2019年研究生招生体检表

 **体检单位：兰州大学校医院**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生 | 年 月 日 | 民族 |  | 考生先贴半身一寸脱帽相片(可打印电子版照片)**后招生学院在照片处盖章** |
| 考生编号 |  | 类型 | □硕士 □博士 |
| 招生学院 | 地质科学与矿产资源学院 | 招生专业 | 地质学 |
| 籍 贯 |  | 毕业学校或工作单位 |  |
| 联系电话及现住址 |  |
| 既往病史 |  |
| 体检日期 | 年 月 日 |
|  | （以上由体检者本人如实填写） |  |
| 五官科 | 眼 |  | 裸 眼视 力 | 右 | 矫 正视 力 | 右 矫正度数： | 医师意见（签字） |
| 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 米 | 耳 疾 |  | 医师意见（签字） |
| 左 米 |  |
| 鼻 |  | 嗅 觉 |  | 鼻及鼻窦疾病 |  |
| 颜面部 |  | 咽 喉 |  |
| 其 他 |  |
| 外科 | 身 长 | cm | 体 重 | kg | 皮 肤 |  | 医师意见（签字） |
| 淋 巴 |  | 甲状腺 |  | 脊 柱 |  |
| 四 肢 |  |
| 关 节 |  | 平跖足 |  |
| 其 他 |  |

第 1 页共 2 页

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 内科 | 血 压 |  | 心 率 |  | 医师意见 |
| 签字 |
| 发 育 及营养状况 |  |
| 神 经 及精 神 |  |
| 肺 及呼 吸 道 |  |
| 心及 血 | 脏管 |  |
| 腹部器官 | 肝 |  |
| 脾 |  |
| 其 他 |  |
| 化 验 检 查（附化验单据） | 肝功 |  |
| 胸部放射线检 查 |  | 医师签字： |  |
| 其它检查 |  | 医师签字： |  |
| 体检结论 |  | 总检医师签字： | （盖章） |
| 复审意见 |  | 医师签字： | （盖章） |
| 体 检 医 院意 见 |  | 体检医院： | （盖章） |
|  备 注 |  |

注： 1、 此表必须双面打印；

1. 请按体检要求携带体检表到校医院进行体检；
2. “既往病史” 一栏必须如实填写。 如发现有隐瞒严重疾病， 不符合体检标准的，即使录取入学， 也将会取消入学资格；
3. 体检标准按《普通高等学校招生体检指导意见》 执行。

 体检日期： 年 月 日

第 2 页 共 2 页