

昆明医科大学研究生招生体检表

学 专业 考生编号 体检日期: 年 月 日

姓 名 性 别 出生日期 年 月 日

联系 考生本人
电 地址

既往
病史

一寸半 正
免冠照片

(以上由考生本人如实填写)

眼 裸眼右 矫正右 矫正右
力左 力左 度数左 医师意见:

彩色图案及彩色数码检查: 色 检查图及名称:
色 正常 其他 喻自萍 其他
检查 单色 别能力检查: (色 异常者查此)
能 别填√, 不能 别填×
红 绿 蓝 紫

其他眼病

签字:

耳 听 力 右耳(耳) 米 左耳(耳) 米 医师意见:

嗅 正常 其他

喉 耳 咽喉

签字:

口 唇 腭 正常 其他 是否口吃: 正常 医师意见:

牙 正常 其他 其他

其 他

签字:

外 CM 体 KG 皮肤 医师意见:

淋巴 甲状腺 脊柱

四肢 平

科 关节

其他

签字:

内 血 压 毫米汞柱 心 率 次/分 医师意见:

发 育 及
营 养 状 况

神 经 及
精 神

科 肺 及
呼 吸

内科	腹 器官	肝	签字：
		脾	
	心脏及血管		
	其他		
化 检 查 (化 单 据)	血常规		
	尿常规		
	肝功能	(包含总蛋白、丙氨、草氨)	
	肾功能	(包含肌、尿素氮、尿)	
	血糖		
心电图检查 (常 规)			
X 线 检 查 (胸 正 位 片)			
B /彩 (腹)			
其他检查	医师签字： (盖章)		
体检结	医师签字(盖章)： (盖章)		
体 检 医 意 见	体检医 (盖章)		
复 审 意 见	复审单位 (盖章)		
备 注			

注：(1) 参照《普通高等学校招生体检工作指导意见》(教学〔2003〕3号)。

(2) “既往病史”一栏，考生必 如实填写。如发现有 瞒严 疾病，不符合体检标准的，一经发现，取消录取/入学 格。

(3) 考生和体检机构必 如实检查，一旦发现有弄虚作假或 瞒真实情况的行为，无 是否入学，我校 将取消考生录取 格，并 究相关人员 任。