|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**常州大学 生入学考试体格检查表**

报考院系： 报考专业：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 出生日期 |  | 体检医院骑缝章 |
| 性别 |  | 考生来源 |  |
| 婚否 |  | 联系电话 |  |
| 民族 |  | 报考类别 |  |
| 学习工作单位 |  |
| 通讯地址 |  |
| 既往病史 |  |
| （以上由考生本人如实填写） |
| 五官科 | 眼 | 裸眼视力 | 右 | 矫正视力 | 右 矫正度数 | 医师意见（签字）1. 眼科
2. 耳鼻喉科
3. 口腔科
 |
| 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 |  |
| 左 米 |  |
| 鼻 | 嗅觉 |  | 鼻及鼻窦疾病 |  |
| 颜面部 |  | 咽喉 |  |
| 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 |  | 平拓足 |  |
| 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 |  |
| 神 经 及精 神 |  |
| 呼吸系统 |  |
| 心 脏 及血 管 |  |
| 腹部器官 | 肝 |  |
| 脾 |  | 肾 |  |
| 其他 |  |
| 化验检查（要附化验单） | 血 |  | 肝功 |  | 尿 |  |
| 胸部透视检查 |  | 医师签字 |
| 其他检查 |  | 口吃 |  | 外貌异常 |  |
| 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 |   |

**说明：此表由考生本人体检时交医院。“既往病史”一栏，考生必须如实填写，如发现隐瞒严重疾病，不符合体检标准的，即使已录取入学，也必须取消入学资格。**