

上海国家会计学院拟录取博士研究生健康检查表

姓名				性别		民族		联系电话		照 片 体检医院 骑缝章
报考专业				出生日期	年 月 日					
既往病史 (由考生本人如实填写)										
眼 科	裸 眼 视 力	右	矫 正 视 力	右 矫正度数			检查者:		医师意见	
		左		左 矫正度数						
	色 觉 检 查	彩色图案及彩色数码检查: ☐ 正常 ☐ 异常			单色识别能力检查: (色觉异常者查此项) 红 ☐ 黄 ☐ 绿 ☐ 蓝 ☐ 紫 ☐			检查者:		医师签名:
		其他眼病					医师签名:			
内 科	血 压	mmhg			检查者:				医师意见	
	发育情况	☐ 良 ☐ 中 ☐ 差			心脏及血管	☐ 正常 ☐ 其它				医师签名:
	呼吸系统	☐ 正常 ☐ 其它			神经系统	☐ 正常 ☐ 其它				
	腹部器官	肝			脾					
	其 它									
外 科	身 高	厘米		体 重	千克		检查者:		医师意见	
	皮 肤	☐ 正常 ☐ 其它		淋 巴	☐ 正常 ☐ 其它		甲状腺	☐ 正常 ☐ 其它		医师签名:
	脊 柱	☐ 正常 ☐ 其它		四 肢	☐ 正常 ☐ 其它		关 节	☐ 正常 ☐ 其它		
	其 它									
耳 鼻 喉 科	嗅 觉	☐ 正常 ☐ 其它		检查者:					医师意见 医师签名:	
	其 它									
胸部 X 检查(附检查结果单)						医师意见				医师签名:
肝 功(附检查结果单)								医师意见 医师签名:		
腹部 B 超(附检查结果单)						医师意见 医师签名:				
心电图(附检查结果单)								医师意见 医师签名:		

说明: “既往病史”一栏, 考生必须如实填写, 如发现隐瞒病情, 不符合体检标准的, 不予录取。

体检医院 (盖章)
年 月 日