

# 大连外国语大学研究生招生考试体检表

考生编号：

报考（调剂）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	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	
		视 力	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 痘			
	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	肝					
	器 官	脾					
	其 他						
化 验 检 查 (要附化验单据)	血		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							

(此表双面打印)