上海中医药大学2025年**硕士**研究生复试

**曙光医院教学处统一领取**

体 格 检 查 表

拟录取学院：针灸推拿学院 拟录取专业： 考生编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | | 性别 | | |  | | | | 出生年月 | | |  | | 一寸证件照片 |
| 联系电话 | |  | | | 本人通讯地址 | | | | | | |  | | | | |
| 所在单位名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 既往病史 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **（以上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 | | | | | | 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 | |  | | | | 色觉 | | | | 正常 色弱 | | | | | |
| 单色能辩 单色不能辩 | | | | | |
| 耳鼻  喉科  及  口腔科 | 听力 | | 右 米 | | | | | | | | 耳疾 | | 正常 其他 | | | |
| 左 米 | | | | | | | |
| 嗅觉 | | 正常 迟钝 消失 | | | | | | | | 口吃 | | 正常 其他 | | | |
| 颅面部 | | 正常 其他 | | | | | | | | 咽喉 | | 正常 其他 | | | |
| 其他 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 外  科 | 身长 | | 厘米 | | | 体重 | | | 千克 | | | | | | | | 医师意见  （签字） |
| 皮肤：正常 其他 | | | | | 关节：正常 其他 | | | | | | | | | | |
| 四肢：正常 其他 | | | | | 脊柱：正常 其他 | | | | | | | | | | |
| 淋巴：正常 其他 | | | | | 甲状腺：正常 其他 | | | | | | | | | | |
| 其他 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 内  科 | 血 压 | Kpa | | | | 心 率 | | | | （次/分） | | | | | | | 医师意见  （签字） |
| 发育及营养状况：良好 一般 差 | | | | | | | | | 心血管：正常 其他 | | | | | | |
| 神经及精神：正常 其他 | | | | | | | | | 呼吸系统：正常 其他 | | | | | | |
| 腹部器官 | | | 肝 |  | | | | | | | | | | | |
| 脾 |  | | | | | | | | | 肾 |  | |
| 其 他 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 化 验 检 查  （要附化验单据） | | | | 肝功能（ALT）：正常 异常 | | | | | | | | | | | | | |
| 胸 部 射 片 | | | | 心肺正常 其他 | | | | | | | | | | | | 医师签字 | |
| 心电图 | | | |  | | | | | | | | | | | | 医师签字 | |
| 体 检 结 论 | | | | 主检医师签字： （盖章） 体检医院： 年 月 日 （盖章） | | | | | | | | | | | | | |
| 备注 | | | |  | | | | | | | | | | | | | |

注：此表由考生本人体检时贴好照片交医院。“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，即使已录取入学，也必须取消入学资格。