

中山大学附属第五医院 2025年 住培考生体格检查表

(考生在院外体检专用)

考生专业：

考生联系电话：

姓 名		性别		出生	年	月	日	婚否		半 脱 身 帽 一 照 寸 片
文化程度		民 族			职 业					
籍 贯		考生本人 通讯处								
所在单位 名 称										
既往病史										体检医院 骑缝章
(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)			
			左		左 矫正度数					
		其 他 眼 病		色 觉 检 查	彩色图案及编码			1、眼科		
					单颜色识别 红、绿、紫、蓝、黄					
	耳	听 力	右 公尺		耳 疾		2、耳鼻喉科			
			左 公尺							
	鼻	嗅 觉			鼻 及 鼻 窦 疾 病		3、口腔科			
	颜面 部				咽 喉					
	口腔	唇			门 齿					
	其他									
外科	身高	厘米		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									

说明：体检需在二级甲等以上医院进行，“既往病史”一栏，考生必须如实填写，考生须承诺体检结果的真实性，如发现隐瞒疾病，或体检作弊情况，即使已被录取，也将取消入学资格。

内科	血 压	毫 米 汞 柱		脉 搏 (次 / 分)				医师意见 (签字)
	发 育 及 营养状况							
	神 经 及 精 神							
	肺 及 呼 吸 道							
	腹 部 器 官	肝						
		脾						
	其 他							
化 验 检 查 (要附化验单据)		血常规		肝功二项		尿糖 尿蛋白		
胸 部 放 射 线 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								

此表请用 A4 纸双面打印（复印）。