

# 中山大学附属第五医院 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 一寸 照片		
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								
	单颜色识别 红、绿、紫、蓝、黄											
	耳	听力	右 公尺		耳疾							
			左 公尺									
	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	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)。