**北京市2025年研究生招生体格检查表**

报考单位 报考专业

身份证号 准考证号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性别** |  | **年龄** |  | **民族** |  | 【相 片】 |
| **既往病史（此栏由学生如实提供）** |  |
| **眼****科** | **裸 眼****视 力** | **右** | **矫正****视力** | **右 矫正度数** | 检查者 | 医师签名 |
| **左** | **左 矫正度数** |
| **色 觉****检 查** | **彩色图案及彩色数码检查：**空后色觉检查图（ ）俞自萍色盲检查图（ ）**单色识别能力检查：**红（ ）黄（ ）绿（ ）蓝（ ）紫（ ） | 检查者 |
| **眼 病** |  |
| **内****科** | **血压** **／** mmHg | 检查者 | 医师签名 |
| **发 育****情 况** |  |
| **心 脏****及血管** |  |
| **呼 吸****系 统** |  |
| **神 经****系 统** |  | **口 吃** |  |
| **腹 部****器 官** | 肝 厘米 性质脾 厘米 性质 |
| **其 它** |  |
| **外****科** | **身高** 厘米 **体重** 千克 | 检查者 | 医师签名 |
| **皮 肤** |  | **面 部** |  |
| **颈 部** |  | **脊 柱** |  |
| **四 肢** |  | **关 节** |  |
| **其 它** |  |
| **耳****鼻****咽****喉****科** | **听 力** | **左耳** 米 | **右耳** 米 | 检查者 | 医师签名 |
| **嗅 觉** |  | 检查者 |
| **耳 鼻****咽 喉** |  |
| **口****腔****科** | **唇 腭** |  | 医师签名 |
| **牙 齿** |  |
| **其 它** |  |
| **胸部X****射线检查** |  | 医师签名 |
| **化 验** | 丙氨酸氨基转移酶（ALT） | 医师签名 |
| **体检机构****意见** |  **请各招生单位根据以上体检结果，参照执行《普通高等学校招生体检工作指导意见》（教学【2003】3号），确定该生身体条件是否可以录取。**主检医师签名： 体检机构公章  年 月 日 |

二甲及以上医院或相同资质体检中心体检，体检表双面打印，粘贴照片并压盖医院章，表格内不得有空项，涉及所有项目须检查完全、结果只体现在表格内，并单项结果医师签字，表格外附报告无效，体检机构意见栏须给出总体结论，签字盖章，**打印表格时请删除此提示**。