

河北农业大学 2024 年博士研究生复试体格检查表

复试学院：

复试专业：

姓 名		性 别		出 生	年 月 日	婚 否		正面免冠二寸照片 (粘贴)	
文化程度		民 族			职业				
籍 贯		考生本人 通讯地址							
所在单位 名 称					联系 电话				
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	色彩图案及编码 单颜色识别 红、绿、紫、蓝、黄					
	耳	听 力	右 米		耳 疾				
			左 米						
	鼻	嗅 觉			鼻 及 鼻 窦 疾 病				
	颜面部					咽 喉			
口 腔	唇			门 齿					
其 他									
外 科	身 长	厘米	体 重	千克	皮 肤	医师意见 (签字)			
	淋 巴			甲 状 腺	脊 柱				
	四 肢								
	关 节			平 趾 足					
	其 他								

说明：“既往病史”一栏，考生必须如实填写，如发现隐瞒严重疾病，不符合体检标准的，即使已录取入学，也必须取消入学资格。

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							
	神 经 及 精 神							
	呼 吸 系 统							
	心 脏 及 血 管							
	腹 部 器 官	肝						
		脾		肾				
其 他								
化 验 检 查 (要附化验单据)	血 常 规		肝 功 能					
胸 部 DR 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								

此表需正反打印

年 月 日