

中国人民大学港澳台地区交换生体格检查表

姓名		性别	出生	年 月 日	实足 年龄	婚 否	本身脱帽 照片 医院骑缝章	
所在学校			在读学历					
既往病史								
家族病史								
五官科	眼	视力	右	矫正 视力	右	签字	医师意见： 签字：	
			左		左			
	砂眼	右	其它 眼疾					
		左						
	耳	听力	右	公尺	耳疾			
			左	公尺				
	鼻							
咽喉								
其它								
外科	身高	厘米	体重	公斤	皮肤	医师意见：		
	淋巴		甲状腺		脊柱			
	四肢		关节		平跖足			
	泌尿 生殖器				肛门			
	其他							
							签字：	

内科	血压	毫米水银柱		医师意见： 签字：
	发育及营养状况			
	神经及精神			
	肺及呼吸道			
	心脏及血管			
	腹部器官	肝		
		脾		
其它				
血液检查 (血常规及生化)	化验员签字：			
尿常规检查	医师签字：			
胸部 X 光 线 透 视				
其它检查				
检 查 结 论	体检组长： 负责医师： 签名（盖章）			
审 查 单 位 意 见	审查单位： 签名（盖章）			
备 考				

年 月 日

备注：

体检需在正规医院进行，所有项目必须勾选确认并检验完成，须检附其他检查项目报告(X光片除外)。