**申请报考北京航空航天大学研究生招生体格检查表（样式）**

申请报考学院            申请报考专业

身份证号                体检机构名称及等级

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** | | 主检医师签名：                    体检机构公章                                       年    月    日 | | | | | | | | | | |