

# 河北农业大学 2024 年硕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								
(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			1.眼科
			左 米					
	鼻	嗅 觉			鼻 及 鼻 窦 疾 病			2.耳鼻喉科
	颜面部				咽 喉			3.口腔科
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，也将取消入学资格。

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