

中山大学附属第五医院 2024 年住培考生体格检查表

(考生在院外体检专用)

考生专业:

考生联系电话:

姓名		性别		出生	年	月	日	婚否		半身一寸脱帽照片	
文化程度		民族		职业							
籍贯		考生本人 通讯处									
所在单位 名称											
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	彩色图案及编码		单颜色识别			1、眼科	
	耳	听力	右		耳疾				2、耳鼻喉科		
			左								
	鼻	嗅觉			鼻及鼻 窦疾病			3、口腔科			
	颜面部			咽喉							
口腔	唇			门齿							
其他											
外科	身高	厘米	体重	公斤	皮肤			医师意见 (签字)			
	淋巴	甲状腺		脊柱							
	四肢										
	关节			平跖足							
	其他										

说明: 体检需在二级甲等以上医院进行,“既往病史”一栏,考生必须如实填写,考生须承诺体检结果的真实性,如发现隐瞒疾病,或体检作弊情况,即使已被录取,也将取消入学资格。

内 科	血 压	毫 米 汞 柱	脉 搏 (次 / 分)				医师意见 (签字)
	发 育 及 营 养 状 况						
	神 经 及 精 神						
	肺 及 呼 吸 道						
	腹 部 器 官	肝					
		脾					
	其 他						
化 验 检 查 (要附化验单据)	血 常 规		肝 功 二 项		尿 糖 尿 蛋 白		
胸 部 放 射 线 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							

此表请用 A4 纸双面打印 (复印)。