**中国科学院2024年攻读博士学位研究生体格检查表**

**报考单位:中国科学院上海应用物理研究所**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 照片（注意：照片与体检单交接处加盖骑缝公章） |
| 民 族 |  | 职 业 |  | 婚 否 |  |
| 手机号码 |  | E-mail |  |
| 既往病史 |  |
| **(以上请考生如实填写)** |
| 五官科 | 眼 | 裸眼视力 | 右: | 矫正视力 | 右: | 医师意见(签字)眼科耳鼻喉科口腔科 |
| 左: | 左: |
| 其他眼疾 |  | 色觉检查 |  |
| 辨色力 |  |  |  |
| 耳 | 听力 | 右: | 耳疾 |  |
| 左: |
| 鼻 | 嗅觉 |  | 鼻及鼻窦疾病 |  |
| 颜面部 |  | 咽喉 |  |
| 口腔 | 唇 |  | 门齿 |  |
| 其他 |  |
| 外科 | 身高 | CM | 体重 | KG | 皮肤 |  | 医师意见(签字) |
| 淋巴 |  | 甲状腺 |  | 脊柱 |  |
| 四肢 |  |
| 关节 |  | 足 |  |
| 其他 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 内科 | 血压 |  | 心率 |  | 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 |  |
| 其他 |  |
| 化验检查(**附化验单据**) | 血 |  | 谷丙转氨酶(ALT) |  | 尿 |  |
| 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 | 负责医师签章: |
| 体检医院意见 | 体检医院盖章: |
| 复审意见 | 复审单位盖章 |
| 备 注 | 上述体检结果真实反映了本人现在的身体状况，若有虚假，本人愿意承担一切后果。承诺人: 时间: |

 体检日期： 年 月 日