

南昌大学医院体格检查表

(南昌大学2025级博士研究生入学体检)

姓名		年龄		性别		婚否		照 片		
民族		籍贯		文化程度						
报考学院				报考专业						
专业名称				联系电话						
既往病史										
家族病史										
五官科	眼	视力	左		矫正 视力	左		辨色力		
			右			右				
		沙眼	左		其它 眼疾					
			右							
	耳	听力	左		耳疾					
			右							
	鼻	嗅觉			鼻及鼻窦疾病					
	唇颚				咽喉		口吃			
	齿				齿脱落		齿槽脓漏			
	其它									
签字										
外科	身高	公分		胸围	公分		皮肤	医生意见:		
	体重	公斤		呼吸差	公分					
	淋巴			甲状腺			脊柱			
	四肢			平足			关节			
	肛门									
	疝				其它					
签字										

内科	脉 搏	次/1分钟	血 压	/毫米水银柱	医生意见:
	发育状况		营养状况		
	神经及精神疾病				
	心脏及血管疾病				
	腹腔器官疾病				
	月经史				
	其 它				签字
化验结果(肝功能)				化验员签名:	
X 线 或 缩 影 检 查		医生签名:			
其 它 检 查		医生签名:			
医 院 意 见		医院公章 年 月 日			
备 注					

1、检验结果正常的，即写“正常”（疾病栏写“无”字），辨色力栏内写正常或某种色盲或色弱；砂眼按程度不同分为四期，记录为 I、II、III、IV；口吃填写轻、中、重；其他疾病或缺陷，记录疾病轻重程度，是否影响正常生理机能；不能确定诊断的，填写初步印象和主要症状；未做检查的科目，在栏内划一斜线“/”。

2、医院意见栏请务必填写意见，具体参照高等学校入学标准。

3、体检完毕，请本人签字后交校医院。

4、本表请双面打印。

体检人签名：