

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)	1、眼科 2、耳鼻喉科 3、口腔科		
			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				红、绿、紫、蓝、黄	
	右			公尺	耳疾						
	耳	听力	左	公尺							
			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	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)。