

# 河北农业大学 2024 年接收推荐免试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<br>(粘贴) |
| 文化程度          |     | 民 族          |       | 职业         |                               |              |              |                  |
| 籍 贯           |     | 考生本人<br>通讯地址 |       |            |                               |              |              |                  |
| 所在单位<br>名 称   |     |              |       |            | 联系<br>电话                      |              |              |                  |
| 既往病史          |     |              |       |            |                               |              |              | 体检医院<br>骑缝章      |
| (以上由考生本人如实填写) |     |              |       |            |                               |              |              |                  |
| 五<br>官<br>科   | 眼   | 裸 眼<br>视 力   | 右     | 矫 正<br>视 力 | 右 矫正度数                        |              | 医师意见<br>(签字) |                  |
|               |     |              | 左     |            | 左 矫正度数                        |              |              |                  |
|               |     | 其 他<br>眼 病   |       | 色 觉<br>检 查 | 色彩图案及编码<br>单颜色识别<br>红、绿、紫、蓝、黄 |              |              |                  |
|               | 耳   | 听 力          | 右     | 米          | 耳 疾                           |              |              |                  |
|               |     |              | 左     | 米          |                               |              |              |                  |
|               | 鼻   | 嗅 觉          |       |            | 鼻 及 鼻<br>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<br>科        | 身 长 | 厘米           | 体 重   | 千克         | 皮 肤                           | 医师意见<br>(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<br>科              | 血 压              | 毫 米<br>汞 柱 |       | 心 率<br>(次/分) | 医 师 意 见<br>(签 字) |       |  |  |
|                     | 发 育 及<br>营 养 状 况 |            |       |              |                  |       |  |  |
|                     | 神 经 及<br>精 神     |            |       |              |                  |       |  |  |
|                     | 呼 吸<br>系 统       |            |       |              |                  |       |  |  |
|                     | 心 脏 及<br>血 管     |            |       |              |                  |       |  |  |
|                     | 腹 部<br>器 官       | 肝          |       |              |                  |       |  |  |
|                     |                  | 脾          |       | 肾            |                  |       |  |  |
| 其 他                 |                  |            |       |              |                  |       |  |  |
| 化 验 检 查<br>(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<br>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