

浙江大学

20__级研究生复试体格检查表

报考院系 _____ 专业 _____

姓名:		性别:				照片
联系电话:		出生年月:				
既往史: 无 () ; 有 () 有请注明疾病:						
五官科	眼	裸眼	右	矫正视力	右	负责医生
		视力	左		左	
	色觉检查彩色图案及编码					
	单颜色识别: 红、绿、紫、蓝、黄					
科	耳	听 力	右	耳 疾	右	负责医生
			左		左	
	鼻	嗅 觉		鼻及鼻窦疾病		
形态	身高(cm)		体重(kg)			负责医生
内科	血压		mmHg	心率		负责医生
				(次/分)		
	发育及营养					
	神经及精神					
	呼吸系统					
	心血管系统					
科	腹部脏器		肝			
			脾			
外科	淋巴结	甲状腺		皮肤		负责医生
	四肢	关节		脊柱		
胸片						负责医生

血液检查（肝肾功能）、胸片等检验结果（报告单可另附）

体检结论

负责医生签名（盖章）

体检医院意见

体检医院（盖章）

体检日期： 年 月 日

补充说明（供参考）：

所有拟录取的硕士和博士研究生均须参照教育部《普通高等学校招生体检工作指导意见》（教学〔2003〕3号）、《教育部办公厅卫生部办公厅关于普通高等学校招生学生入学身体检查取消乙肝项目检测有关问题的通知》（教学厅〔2010〕2号）等相关文件要求，在浙大校医院或自行到当地二甲及以上医院体检，并在学校要求时间提交体检表。

体检项目一般应包含：内科、外科、五官科、眼科、身高体重、血压、血液检查（肝肾功能）、胸片等。

可使用当地医院提供的体检表或下载使用本体检表。