

# 中央财经大学 2017 年研究生体格检查表

学院 \_\_\_\_\_ 专业 \_\_\_\_\_ 学号 \_\_\_\_\_

|                |                 |   |          |   |         |  |     |  |      |  |
|----------------|-----------------|---|----------|---|---------|--|-----|--|------|--|
| 个人信息<br>(每项必填) | 姓名              |   | 性别       |   | 年龄      |  | 民族  |  | 照 片  |  |
|                | 出生日期            |   | 婚否       | 是 <input type="checkbox"/><br>否 <input type="checkbox"/>  | 吸烟史     | 有 <input type="checkbox"/><br>无 <input type="checkbox"/> | 饮酒史 | 有 <input type="checkbox"/><br>无 <input type="checkbox"/> |      |  |
|                | 籍贯              | 省 市 (县)   |          | 身份证号  |         |  |     |  |      |  |
|                | 药物过敏            | 有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> | 血型       | A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/><br>O <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> | 电话      |  |     |  |      |  |
|                | 既往病史 (此栏必须如实填写) |   |          |   |         |  |     |  |      |  |
| 内科             | 血压 / mmHg       |   |          |   | 检查者     |  |     |  | 医师意见 |  |
|                | 发育情况            |   |          |   |         |  |     |  |      |  |
|                | 心脏及血管           |   |          |   |         |  |     |  |      |  |
|                | 呼吸系统            |   |          |   |         |  |     |  |      |  |
|                | 神经系统            |   |          |   | 口吃      |  |     |  |      |  |
|                | 腹部器官            | 肝_____厘米  |          | 性质_____   |         | 肾_____   |     |  |      |  |
|                |                 |   | 脾_____厘米 |   | 性质_____ |  |     |  |      |  |
| 其它             |                 |   |          |   |         |  |     | 签名:  |      |  |
| 外科             | 身高_____厘米       |   |          | 体重_____千克   |         | 检查者  |     |  | 医师意见 |  |
|                | 皮肤              |   | 面部       |   |         |  |     |  |      |  |
|                | 颈部              |   | 脊柱       |   |         |  |     |  |      |  |
|                | 四肢              |   | 关节       |   |         |  |     |  |      |  |
|                | 其它              |   |          |   |         |  |     |  | 签名:  |  |

|                            |  |
|----------------------------|--|
| 数字 X 线摄影<br>(DR)           | 医师签名:  |
| 化<br>验<br>单<br>粘<br>贴<br>处 |  |
| 体<br>检<br>机<br>构<br>意<br>见 | <p>请各招生单位根据以上体检结果，参照执行《普通高等学校招生体检工作指导意见》<br/>(教学【2003】3号)，确定该生身体条件是否可以录取。</p> <p>主检医师签名: 体检机构公章</p> <p>年 月 日</p> |