

昆明医科大学研究生招生体检表

学院_____专业_____考生编号_____体检日期：_____年____月____日

姓 名		性 别		出生日期	年 月 日		一寸半身正面 免冠照片
联系 电话				考生本人 通讯地址			
既往 病史							
(以上由考生本人如实填写)							
眼 科	裸 眼 视 力	右	矫 正 视 力	右	矫 正 度 数	右	医师意见：
		左		左		左	
	色 觉 检 查	彩色图案及彩色数码检查： ☐ 正常 ☐ 其他			色觉检查图及名称： ☐ 喻自萍 ☐ 其他		
		单色识别能力检查：(色觉异常者查此项) 能识别填√，不能识别填×					
		红 ☐ 黄 ☐ 绿 ☐ 蓝 ☐ 紫 ☐					
其他眼病						签字：	
耳 鼻 喉 科	听 力	右耳(耳语) 米			左耳(耳语) 米		医师意见：
	嗅 觉	☐ 正常 ☐ 其他					
	耳鼻咽喉						签字：
口 腔 科	唇 腭	☐ 正常 ☐ 其他			是否口吃： ☐ 正常 ☐ 其他		医师意见：
	牙 齿	☐ 正常 ☐ 其他					
	其 他						签字：
外 科	身长	CM	体重	KG	皮肤		医师意见：
	淋巴		甲状腺		脊柱		
	四肢				平足		
	关节						
	其他						签字：
内 科	血 压	毫米汞柱		心 率	次/分		医师意见：
	发 育 及 营养状况						
	神 经 及 精 神						
	肺 及 呼 吸 道						

内科	腹部器官	肝		签字：
		脾		
	心脏及血管			
	其他			
化 验 检 查 (附化验单据)	血常规			
	尿常规			
	肝功能	(包含总蛋白、谷丙转氨酶、谷草转氨酶)		
	肾功能	(包含肌酐、尿素氮、尿酸)		
	血糖			
心电图检查 (常 规)				
X 线 检 查 (胸部正位片)				
B 超/彩 超 (腹 部)				
其他检查	负责医师签字： (盖章)			
体检结论	负责医师签字 (盖章)： (盖章)			
体 检 医 院 意 见	体检医院 (盖章)			
复 审 意 见	复审单位 (盖章)			
备 注				

注：（1）参照《普通高等学校招生体检工作指导意见》（教学〔2003〕3号）。

（2）“既往病史”一栏，考生必须如实填写。如发现有隐瞒严重疾病，不符合体检标准的，一经发现，取消录取/入学资格。

（3）考生和体检机构必须如实检查，一旦发现有弄虚作假或隐瞒真实情况的行为，无论是否入学，我校都将取消考生录取资格，并追究相关人员责任。