

兰州大学 2020 年研究生招生体检表

体检单位：兰州大学校医院

姓名		性别		出生	年 月 日	民族		考生先贴半身一寸脱帽相片 (可打印电子版照片) 后招生学院在照片处盖章		
考生编号				类型	<input type="checkbox"/> 硕士 <input type="checkbox"/> 博士					
招生学院				招生专业						
籍贯		毕业学校或工作单位								
联系电话及现住址										
既往病史										
体检日期	年 月 日									
(以上由体检者本人如实填写)										
五官科	眼	裸眼视力	右	矫正视力	右	矫正度数:		医师意见 (签字)		
			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									
	耳	听力	右 米		耳疾				医师意见 (签字)	
左 米										
鼻	嗅觉			鼻及鼻窦疾病						
颜面部				咽喉						
其他										
外科	身长	cm	体重	kg	皮肤		医师意见 (签字)			
	淋巴			甲状腺	脊柱					
	四肢									
	关节				平跖足					
	其他									

内科	血 压		心 率		医师意见 签字	
	发 育 及 营 养 状 况					
	神 经 及 精 神					
	肺 及 呼 吸 道					
	心 脏 及 血 管					
	腹 部 器 官	肝				
		脾				
	其 他					
化 验 检 查 (附化验单据)	肝 功					
胸 部 放 射 线 检 查	医师签字:					
其 它 检 查	医师签字:					
体 检 结 论	总检医师签字:				(盖章)	
复 审 意 见	医师签字:				(盖章)	
体 检 医 院 意 见	体检医院:				(盖章)	
备 注						

- 注： 1、 此表必须双面打印；
- 2、 请按体检要求携带体检表到校医院进行体检；
- 3、 “既往病史” 一栏必须如实填写。 如发现有隐瞒严重疾病， 不符合体检标准的， 即使录取入学， 也将会取消入学资格；
- 4、 体检标准按《普通高等学校招生体检指导意见》 执行。

体检日期： 年 月 日