

# 四川省二〇二二年研究生招生考试考生体格检查表

本人联系电话

报考第一志愿单位：

报考专业：

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                |                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                         |                                                              |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                     |                                                         |                                                                                         |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                         |                                                              |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--|
| 考生号 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> |                                                                                                                                                                                |                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                         | 所在单位名称                                                  |                                                              |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                     | 照片<br>半身一寸<br>正面脱帽                                      |                                                                                         |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                         |                                                              |  |
| 姓名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                | 性别                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                         | 婚否                                                      |                                                              | 出生 年 月 日                                                |                                                                                                                                                                                                                                     |                                                         |                                                                                         |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 区(县)                                                                                    |                                                              |  |
| 既往病史<br>(此栏由考生如实填写)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                | 病史标志： 有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/><br><br>病 史： |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                         |                                                              |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                     |                                                         |                                                                                         | 体检医院<br>骑缝章                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                         |                                                              |  |
| 眼<br>科                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 左                                                                                                                                                                              |                                                                         | 右                                                                                                                                                                                                                                       |                                                         | 矫正视力                                                         |                                                         | 右 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 左 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> |                                                         | 检查者                                                                                     |                                                         | 彩色图案及彩色数码检查：<br>正常 <input type="checkbox"/> 轻度色觉异常 <input type="checkbox"/> 色觉异常Ⅱ度 <input type="checkbox"/><br><br>单色识别能力检查：<br>(色觉异常者查此项,只填涂能识别的)<br>红 <input type="checkbox"/> 黄 <input type="checkbox"/> 绿 <input type="checkbox"/> 蓝 <input type="checkbox"/> 紫 <input type="checkbox"/> |                                                                                         |                                                              |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 裸眼视力                                                                                                                                                                           |                                                                         | 矫正度数                                                                                                                                                                                                                                    |                                                         | 右                                                            |                                                         | 左                                                                                                                                                                                                                                   |                                                         | 色觉检查                                                                                    |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                         |                                                              |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>                                                                                                                        | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>                 | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>                                                                                                                                                                                 | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>      | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>                                                                                                                                                                             | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>                                 | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                         |                                                              |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>                                                                                                                        | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>                 | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>                                                                                                                                                                                 | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>      | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>                                                                                                                                                                             | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>                                 | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                         |                                                              |  |
| 其他                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                |                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                         |                                                              |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                     |                                                         |                                                                                         |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 医师提示：<br>学校可以不予录取：<br>学校有关专业可不予录取：<br>不宜就读的专业：<br>未见异常： <input type="checkbox"/><br>签名： |                                                              |  |
| 耳<br>鼻<br>喉<br>科                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 听力                                                                                                                                                                             |                                                                         | 右耳 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 米                                                                                                                                                                            |                                                         | 左耳 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 米 |                                                         | 检查者：                                                                                                                                                                                                                                |                                                         | 医师提示：<br>学校可以不予录取：<br>学校有关专业可不予录取：<br>不宜就读的专业：<br>未见异常： <input type="checkbox"/><br>签名： |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                         |                                                              |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 嗅觉                                                                                                                                                                             |                                                                         | 正常 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                             |                                                         | 迟钝 <input type="checkbox"/>                                  |                                                         | 丧失 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                         |                                                         |                                                                                         |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                         | 检查者：                                                         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 耳鼻咽喉                                                                                                                                                                           |                                                                         | 正常 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                             |                                                         | 其他 <input type="checkbox"/>                                  |                                                         | 其他                                                                                                                                                                                                                                  |                                                         |                                                                                         |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                         | 其他                                                           |  |
| 内<br>科                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 血压                                                                                                                                                                             |                                                                         | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> mm Hg |                                                         | 检查者：                                                         |                                                         | 发育情况 良 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 差 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                               |                                                         | 医师提示：<br>学校可以不予录取：<br>学校有关专业可不予录取：<br>不宜就读的专业：<br>未见异常： <input type="checkbox"/><br>签名： |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                         |                                                              |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 心脏及血管                                                                                                                                                                          |                                                                         | 正常 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                             |                                                         | 其他 <input type="checkbox"/>                                  |                                                         | 呼吸系统 正常 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                        |                                                         |                                                                                         |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                         | 神经系统 正常 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 腹部器官                                                                                                                                                                           |                                                                         | 肝 正常 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                               |                                                         | 脾 正常 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/>    |                                                         | 其他 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                         |                                                         |                                                                                         |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                         | 其他                                                           |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 其他                                                                                                                                                                             |                                                                         | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                |                                                         | <input type="checkbox"/>                                     |                                                         | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                            |                                                         |                                                                                         |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                         | <input type="checkbox"/>                                     |  |
| 胸部<br>透视                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 正常 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                    |                                                                         | 其他 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                             |                                                         | 其他                                                           |                                                         | 其他                                                                                                                                                                                                                                  |                                                         | 医师提示：<br>学校可以不予录取：<br>学校有关专业可不予录取：<br>不宜就读的专业：<br>未见异常： <input type="checkbox"/><br>签名： |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                         |                                                              |  |
| 身高/厘米                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 体重/千克                                                                                                                                                                          |                                                                         | 检查者                                                                                                                                                                                                                                     |                                                         | 皮肤 正常 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/>   |                                                         | 面部 正常 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                          |                                                         | 医师提示：<br>学校可以不予录取：<br>学校有关专业可不予录取：<br>不宜就读的专业：<br>未见异常： <input type="checkbox"/><br>签名： |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                         |                                                              |  |
| <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>                                                                                                                        | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>                 | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>                                                                                                                                                                                 | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> | 颈部 正常 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/>   |                                                         | 脊柱 正常 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                          |                                                         |                                                                                         |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                         |                                                              |  |
| <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>                                                                                                                        | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>                 | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>                                                                                                                                                                                 | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> | 四肢 正常 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/>   |                                                         | 关节 正常 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                          |                                                         |                                                                                         |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                         |                                                              |  |
| <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>                                                                                                                        | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>                 | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>                                                                                                                                                                                 | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> | 其他                                                           |                                                         | 其他                                                                                                                                                                                                                                  |                                                         |                                                                                         |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                         |                                                              |  |
| 口<br>腔<br>科                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 是否口吃                                                                                                                                                                           |                                                                         | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                   |                                                         | 其他                                                           |                                                         | 其他                                                                                                                                                                                                                                  |                                                         | 医师提示：<br>学校可以不予录取：<br>学校有关专业可不予录取：<br>不宜就读的专业：<br>未见异常： <input type="checkbox"/><br>签名： |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                         |                                                              |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 口腔                                                                                                                                                                             |                                                                         | 正常 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                 |                                                         | 其他                                                           |                                                         | 其他                                                                                                                                                                                                                                  |                                                         |                                                                                         |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                         |                                                              |  |
| 转<br>氨<br>酶                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 正常 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                    |                                                                         | 其他 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                             |                                                         | 单位                                                           |                                                         | 诊断：                                                                                                                                                                                                                                 |                                                         | 签名：                                                                                     |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                         |                                                              |  |
| 体<br>检<br>医<br>院<br>提<br>示                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 学校可以不予录取：<br>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> |                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                         |                                                              |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                     |                                                         | 主检医师签名：                                                                                 |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                         |                                                              |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 学校有关专业可不予录取：<br>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>                         |                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                         |                                                              |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                     |                                                         |                                                                                         |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                         |                                                              |  |
| 不宜就读的专业：<br>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/><br>7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                |                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                         |                                                              |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                     | 体检医院(章)<br><br>月 日                                      |                                                                                         |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                         |                                                              |  |
| 未见异常 <input type="checkbox"/> 未参检 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                |                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                         |                                                              |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                     |                                                         |                                                                                         |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                         |                                                              |  |

备注：填涂框□可用黑色墨水笔打√。医师提示栏内：“未见异常”用黑色墨水笔涂黑方框；“学校可以不予录取”、“学校有关专业可不予录取”、“不宜就读的专业”，医师用阿拉伯数字直接写出相对应的条款序号。