附件三：

申请报考北京航空航天大学研究生招生体格检查表（样式）

申请报考学院\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

申请报考专业\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

身份证号\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

体检机构名称及等级\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | 性别 |  | | 年龄 | |  | 民族 |  | 【相片】 |
| 既往病史（此栏由学生如实提供） | |  | | | | | | | | |
| 眼眼科 | 裸眼  视力 | 右 | 矫正视力 | | 右     矫正度数 | | | | | 检查者 | 医师签名 |
| 左 | 左     矫正度数 | | | | |
| 色觉检查 | 彩色图案及彩色数码检查：  空后色觉检查图（  ）俞自萍色盲检查图（  ）  单色识别能力检查：  红（  ）黄（  ）绿（  ）蓝（  ）紫（  ） | | | | | | | | 检查者 |
| 眼病 |  | | | | | | | | |
| 内          科 | 血压       ／      mmHg | | | | | | | | 检查者 | | 医师签名 |
| 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  脾          厘米        性质 | | | | | | | | |
| 其它 |  | | | | | | | | |
| 外        科 | 身高    厘米  体重    千克 | | | | | | | | 检查者 | | 医师签名 |
| 皮肤 |  | | | | | 面部 | |  | |
| 颈部 |  | | | | | 脊柱 | |  | |
| 四肢 |  | | | | | 关节 | |  | |
| 其它 |  | | | | | | | | |
| 耳  鼻  咽  喉  科 | 听力 | 左耳      米 | | | 右耳      米 | | | | 检查者 | | 医师签名 |
| 嗅觉 |  | | | | | | | 检查者 | |
| 耳鼻咽喉 |  | | | | | | | | |
| 口  腔  科 | 唇腭 |  | | | | | | | | | 医师签名 |
| 牙齿 |  | | | | | | | | |
| 其它 |  | | | | | | | | |
| 胸部X  射线检查 | |  | | | | | | | | | 医师签名 |
| 化验 | | 丙氨酸氨基转移酶  （ALT） | | | | | | | | | 医师签名 |
| 体检机构意见 | | 主检医师签名：  体检机构公章                                                 年    月    日 | | | | | | | | | |