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 |