

南昌大学医院体格检查表

(南昌大学2026年推免生复试体检)

姓名				年 龄		姓 别			婚 否			照 片
民族			籍贯			文化程度						
报考学院				报考专业								
专业名称						联系电话						
既往病史												
家族病史												
五官科	眼	视力	左		矫 正 力	左		辨色力				医生意见：
			右			右						
		沙眼	左		其 它 眼 疾							
			右									
	耳	听力	左		耳疾							
			右									
	鼻	嗅觉			鼻及鼻窦疾病							
	唇颚				咽 喉			口 吃				
	齿	龋齿			齿脱落			齿槽脓漏				
	其它											
外科	身高	公分		胸 围	公分		皮 肤			医生意见：		
	体重	公斤		呼吸差	公分							
	淋巴			甲状腺			脊 柱					
	四肢			平 足			关 节					
	肛门											
	疝						其它			签字		

内科	脉 搏	次/1分钟	血 压	/毫米水银柱	医生意见：
	发育状况		营养状况		
	神 经 及 精神疾病				
	心 脏 及 血管疾病				
	腹腔器官 疾 病				
	月 经 史				
	其 它				签字
化验结果（肝功能）				化验员签名：	
X 线 或 缩 影 检 查		医生签名：			
其 它 检 查		医生签名：			
医 院 意 见		医院公章 年 月 日			
备 注					

- 1、检验结果正常的，即写“正常”（疾病栏写“无”字），辨色力栏内写正常或某种色盲或色弱；砂眼按程度不同分为四期，记录为Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ；口吃填写轻、中、重；其他疾病或缺陷，记录疾病轻重程度，是否影响正常生理机能；不能确定诊断的，填写初步印象和主要症状；未做检查的科目，在栏内划一斜线“/”。
- 2、医院意见栏请务必填写意见，具体参照高等学校入学标准。
- 3、本表请双面打印。

体检人签名：