

# 东 北 师 范 大 学

## \_\_\_\_年（硕士、博士）研究生招生考试体格检查表

考生姓名				性别		证件号码			2 寸彩色 免冠近照
报考学院(部)						手机号码			
既往病史									
本人承诺以上信息均如实填写，否则一切后果由考生本人承担。 考生本人签字：									
内科	肺呼吸道					血压	毫米汞柱		医生意见：  签字：
	精神及神经					脉搏	/ 1 分钟		
	心脏 血管系统					其他			
外科	脊柱					四肢			医生意见：  签字：
	甲状腺					其他			
五官科	眼视力	左		右		色觉			医生意见：  签字：
	耳听力	左		右		耳疾			
	咽喉			口吃		其他			
X 光检查		医生意见：  签字：				化验 检查	医生意见：  签字：		
诊断及结论		<div style="text-align: right;">体检医院公章</div> <div style="text-align: right;">年    月    日</div>							
备注									

注：此表在体检前必须粘贴本人 2 寸彩色免冠近照，并加盖医务单位骑缝印章，否则无效。