

南昌大学医院体格检查表
(南昌大学2027级推免生入学体检)

姓名		年 龄		性 别		婚 否		照 片		
民族		籍 贯		本科院校						
报考学院			报考专业							
身份证号				联系电话						
既往病史										
家族病史										
五官科	眼	视力	左		矫正 视力	左		辨色力		
			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				龄脱落			齿槽脓漏		
	其它									
签字										
外 科	身長	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、体检完毕，请本人签字后交校医院。
- 4、本表请双面打印。

体检人签名：