

# 江南大学接收推荐免试研究生体检表

姓名：\_\_\_\_\_ 性别：\_\_\_\_\_ 民族：\_\_\_\_\_ 出生年月：\_\_\_\_\_

考生编号：\_\_\_\_\_ 联系电话：\_\_\_\_\_

报考学院：\_\_\_\_\_ 报考专业：\_\_\_\_\_

既往病史：\_\_\_\_\_

正面免冠一寸照片

项 目		检查结果	医师签名	
辨色力				
血压 (mmHg)				
内 外 科	心 脏	率	次/分	
		律		
		杂音		
	肺			
	肝 脾			
	腹 部			
	四肢脊柱			
	浅表淋巴结			
胸部 X 线检查				
其 它				
化 验	血常规	请附检验报告单		
	生化 (必查项：谷丙、肌酐、尿酸、尿素氮)			
体检结论		负责医师签字	(盖章)	
体检医院意见		体检医院 (盖章)	年 月 日	

说明：此表由考生本人体检时交医院，“既往病史”请如实填写；复试时将本表交学院。