

兰州大学学生入学体检表

姓 名		性别		出 生	年 月 日	民 族		半身一寸 脱帽相片 (可打印电子版照) 体检医院 盖章
年 级		学 院						
籍 贯		现住所及 联系电话						
所在学校								
既往病史								
体检日期	年 月 日							
(以上由体检者本人如实填写)								
五 官 科	眼	裸 眼	右	矫 正	右 矫正度数：		医师意见 (签字)	
		视 力	左	视 力	左 矫正度数：			
		其 他 眼 病		色 觉 检 查	彩色图案及编码：			
					单颜色识别： 红、绿、紫、蓝、黄			
	耳	听 力	右 米		耳疾		医师意见 (签字)	
			左 米					
	鼻	嗅 觉				鼻及鼻 窦疾病		
颜面部					咽 喉			
口 腔	唇 腭		门齿		口吃		医师意见	

	其 他						(签字)
外 科	身 长	cm	体 重	kg	皮 肤		医师意见 (签字)
	淋 巴		甲状腺		脊 柱		
	四 肢						
	关 节			平跖足			
	其 他						

内 科	血 压			心 率		医师意见 签字
	发 育 及 营养状况					
	神 经 及 精 神					
	肺 及 呼 吸 道					
	心 脏 及 血 管					
	腹部器官	肝				
		脾				
	其 他					
化 验 检 查 (要附化验单据)		肝功				

胸 部 放 射 线 检 查	医师签字:
其它检查	医师签字:
体 检 结 论	负责医师签字: (盖章)
体 检 医 院 意 见	体检医院: (盖章)
复 审 意 见	签字盖章:
备 注	

注：1、学生按体检表要求项目到正规医院进行体检；

2、“既往病史”一栏必须如实填写。如发现有隐瞒严重疾病，不符合体检标准的，
即使已录取入学，也必须取消入学资格；

3、体检标准按《普通高等学校招生体检指导意见》执行。

体检日期： 年 月 日