附件3

**北京建筑大学**

**关于做好2017年硕士生招生复试体检工作的通知**

各位考生：

根据北京教育考试院关于做好2017年研究生招生体检工作的指示精神，规范管理并确保研究生招生体检工作质量，我校体检统一在指定的医疗机构进行。

现将我校2017年硕士生招生体检工作有关事项通知如下：

**一、体检时间**

2017年3月30、31日8：00-10：00

**二、体检地点及联系方式**

1．体检地点：

我校体检指定医疗机构为北京市第二医院（西城区宣武门内大街油坊胡同36号）。

建议出行路线：

公交15路在宣武门内或者西单路口南下车；特4路在宣武门东下车；地铁 2号线、4号线宣武门站东北口出站。

2．联系方式

联系人：王茂兴 联系电话：66016581。

**三、其它**

1.体检收费标准：145元/人。

2.考生须自行下载体检表（下载路径：北京建筑大学研究生院首页→招生→下载专栏→《北京市研究生招生体格检查表》）或打印（附件1），要求考生本人认真填写“体格检查表”相关信息，并在相应位置粘贴考生照片。

3.招生学院负责审核“体格检查表”相关信息并与考生本人核对，核对无误后在照片位置加盖学院公章，否则无法参加体检。

体检表里“报考单位”填写须具体到学院名称，如北京建筑大学环能学院；“报考专业”须填写招生专业代码及招生专业名称，如077602环境工程。学院审核盖章时须检查考生信息完整性及准确性。

4.考生**必须在我校指定的医疗机构参加体检，体检时必须携带本人二代居民身份证。**如有特殊情况请联系研招办进行沟通。

**北京市　　　　年研究生招生体格检查表**

报考单位 报考专业

身份证号 准考证号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** | |  | **性别** |  | | **年龄** | |  | **民族** |  | 【相 片】 | |
| **既往病史（此栏由学生如实提供）** | |  | | | | | | | | |
| **眼**  **科** | **裸 眼**  **视 力** | **右** | **矫正**  **视力** | | **右 矫正度数** | | | | | 检查者 | 医师签名 | |
| **左** | **左 矫正度数** | | | | |
| **色 觉**  **检 查** | **彩色图案及彩色数码检查：**  空后色觉检查图（ ）俞自萍色盲检查图（ ）  **单色识别能力检查：**  红（ ）黄（ ）绿（ ）蓝（ ）紫（ ） | | | | | | | | 检查者 |
| **眼 病** |  | | | | | | | | |
| **内**  **科** | **血压** **／** mmHg | | | | | | | | 检查者 | | 医师签名 | |
| **发 育**  **情 况** |  | | | | | | | | |
| **心 脏**  **及血管** |  | | | | | | | | |
| **呼 吸**  **系 统** |  | | | | | | | | |
| **神 经**  **系 统** |  | | | | | **口 吃** | |  | |
| **腹 部**  **器 官** | 肝 厘米 性质  脾 厘米 性质 | | | | | | | | |
| **其 它** |  | | | | | | | | |
| **外**  **科** | **身高** 厘米 **体重** 千克 | | | | | | | | 检查者 | | 医师签名 | |
| **皮 肤** |  | | | | | **面 部** | |  | |
| **颈 部** |  | | | | | **脊 柱** | |  | |
| **四 肢** |  | | | | | **关 节** | |  | |
| **其 它** |  | | | | | | | | |
| **耳**  **鼻**  **咽**  **喉**  **科** | **听 力** | **左耳** 米 | | | **右耳** 米 | | | | 检查者 | | 医师签名 | |
| **嗅 觉** |  | | | | | | | 检查者 | |
| **耳 鼻**  **咽 喉** |  | | | | | | | | |
| **口**  **腔**  **科** | **唇 腭** |  | | | | | | | | | 医师签名 | |
| **牙 齿** |  | | | | | | | | |
| **其 它** |  | | | | | | | | |
| **胸部X**  **射线检查** | |  | | | | | | | | | | 医师签名 |
| **化 验** | | 丙氨酸氨基转移酶  （ALT） | | | | | | | | | | 医师签名 |
| **体检机构**  **意见** | | **请各招生单位根据以上体检结果，参照执行《普通高等学校招生体检工作指导意见》（教学【2003】3号），确定该生身体条件是否可以录取。**  主检医师签名： 体检机构公章    年 月 日 | | | | | | | | | | |