附件1：

**北京建筑大学**

**2019年硕士研究生招生复试体检工作安排**

各位考生：

北京建筑大学2019年硕士研究生招生复试体检统一在我校指定医疗机构进行，现将有关事项通知如下：

**一、体检时间**

体检时间为4月1日 上午8:00～11:00。

考生须按照学院指定时间和要求参加体检。

**二、体检地点及联系方式**

1．体检地点

北海医院（北京市东城区地安门外大街158号）。

建议出行路线：

公交107路，二里沟东口站上车，地安门外站下车；地铁 6号线南锣鼓巷站下车A口出。

2．联系方式

联系人：王茂兴 联系电话：66016581。

**三、其它**

1.体检参考收费标准：148元/人，具体以体检医院通知为准。支付方式不限。

2.考生自行下载体检表（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》）或打印文件附表（附件1，正反面打印），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.考生复试时交招生学院审核“体格检查表”相关信息，学院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。

1. 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。**

 体检结果由学校研招办统一收取，考生体检完毕即可离开。

**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 |