|  |
| --- |
| 2019年电子科技大学研究生招生体检工作要求 |
| 发布时间：2019-03-07  来源：[研招网](http://yz.uestc.edu.cn/) |

一、根据《教育部、卫生部、中国残疾人联合会关于印发<普通高等学校招生体检工作指导意见>的通知》（教学〔2003〕3号）和《教育部办公厅、卫生部办公厅关于普通高等学校招生学生入学身体检查取消乙肝项目检测有关问题的通知》（教学厅〔2010〕2号）制定，适用于我校研究生招生所要求的各类体检，本要求由研究生院会同校医院进行解释。

二、体检内容

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 体检科室 | 体检内容 | 备注 |
| 放射科 | 胸部X光检查 |  |
| 检验科 | 肝功能、肾功能、血尿酸、血糖 | 空腹，体检前晚清淡饮食，勿吃过腻、高蛋白饮食，避免大量饮酒 |
| 内科 | 检查心、肺 |  |
| 外科 | 四肢关节、淋巴结、甲状腺 |  |
| 测血压 | 血压 |  |

**特别说明：体检费用自理。**

三、体检要求

（一）患有下列疾病者，不予录取：

1、严重心脏病（先天性心脏病经手术治愈或房室间隔缺损分流量少、动脉导管未闭返流血量少、经二级以上医院专科检查确定无需手术者除外）、心肌病、高血压病。

2、重症支气管扩张、哮喘，恶性肿瘤、慢性肾炎、尿毒症。

3、严重的血液、内分泌及代谢系统疾病、风湿性疾病。

4、重症或难治性癫痫或其他神经系统疾病；严重精神病未治愈、精神活性物质滥用和依赖。

5、肝功能不正常者，需进一步明确诊断。

6、结核病。下列情况除外：

（1）原发型肺结核、浸润性肺结核已硬结稳定；结核型胸膜炎已治愈或治愈后遗有胸膜肥厚者；

（2）一切肺外结核（肾结核、骨结核、腹膜结核等等）、血行性播散型肺结核治愈后一年以上未复发，经二级以上医院（或结核病防治所）专科检查无变化者；

（3）淋巴腺结核已临床治愈无症状者。

（二）其他按《普通高等学校招生体检工作指导意见》执行。

四、注意事项

（1）研究生招生体检须在电子科技大学医院或二级以上医院进行。

（2）考生在校医院体检。考生凭《电子科技大学研究生体检表》到各科室体检，可自行选择体检项目顺序。

（3）考生在其他医院体检。考生在其他医院体检须包含规定体检内容，体检报告由校医院审核盖章。

五、体检时间

硕士研究生复试期间上班时间：

沙河校区：8:30-12:00 14:30-16:00，放射科至17：30

清水河校区：9:00-12:00 13:00-15:30，放射科至17：00

六、校医院咨询电话

校医院体检中心：028-83200228（沙河校区）、028-61830397（清水河校区）

七、本要求经电子科技大学研究生招生工作领导小组第二次会议审议通过，自公布之日起实施。原《电子科技大学研究生招生体检工作指导意见》同时废止。

电子科技大学研究生院  电子科技大学医院

二○一九年三月

**电子科技大学医院研究生体检表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | | |  | | | | 性别 |  | | | 年龄 | | |  | | | 婚否 |  | 贴  相  片 |
| 籍贯 | | |  | | | | 民族 |  | | | 手机号 | | | |  | | | |
| 考生编号 | | | |  | | | | | 身份证号 | | | | |  | | | | |
| 既往病史 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 家族病史 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 内  科 | 神经系统 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | 医师签名 |
| 肺及呼吸道 | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 心脏及血管 | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 腹部器官 | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 血压 | | mmHg | | | | | | | | 心率 | | | 次/分 | | | | | |  |
| 检  验 | 血常规 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 医师签名 |
| 肝功 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 肾功 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 外科 | 淋巴结 | | | |  | | | | | | | 甲状腺 | | | |  | | | 医师签名 |
| 皮肤 | | | |  | | | | | | | 四肢关节 | | | |  | | |
| 其它 | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| DR胸片 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 医师签名 |
| 体检结果： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |