

湖北大学医院体检表

网报编号：

报考学院：

报考专业：

姓名		性别		出生日期			贴 一 寸 照 片
民族		血型		户籍地	省 市(县)		
毕业院校				联系电话			
既往史	无 有_____	吸 烟	1. 从不 2. 吸烟 年龄：___岁 平均___支/日				
家族史	无 高血压 糖尿病	饮白酒	1. 从不 2. 饮酒 年龄：___岁 平均___两/日				
身份证号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						
以上由本人详细填写全部内容							
五官科	视力	左	矫正 视力	左	矫正 度数	左	医生签字
		右		右		右	
	辨色			嗅觉			
	听力	左	米	右	米	口吃	
	其他						
外科	身高	cm	体重	kg	体重 指数	医生签字	
	皮肤			关节	四肢		
	脊柱						

内科	血 压	mmHg		脉搏	次/分	医生签字	
	精神状况						
	肺及呼吸道						
	心脏及血管						
	腹部器官	肝脏		脾脏			
	其 它						
化验检查	编号:						
胸部透视							
体检结论							
负责医师签字							
	(盖章)			体检医院(盖章)			
备 注	<p style="color: red; font-weight: bold;">请用 A4 纸张双面打印!</p>						

体检日期 20 年 月 日