

湖北大学医院体检表

考生编号：

报考学院：

报考专业：

姓名		性别		户籍地	省	市(县)	贴 一 寸 照 片
民族		血型		婚姻状况			
既往史		联系电话					
家族史		毕业院校					
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"/>						
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						
一般检查	身高	cm		体重	kg		
	血压	mmHg					
体格检查	脊柱			关节		四肢	
	精神状况						
	肺及呼吸道						
	心脏及血管						
	腹部器官						
	其他						
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	请用 A4 纸张双面打印!	

体检日期 20 年 月 日

支付成功记录打印: