

# 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		出生日期		贴 一 寸 照 片	
专业		学号		户籍地	省 市(县)		
民族		血型		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"/>						
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	体质 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	请用 A4 纸张双面打印!					

体检日期 20 年 月 日