健康状况说明

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 证件号码 |  |
| 年龄 |  | 出生日期 |  | 联系电话 |  |
| 报考单位 |  | | 报考专业 | |  |
| 身高(cm) |  | | 体重(kg) | |  |
| 家族遗传  病史 | **□无 □有 若有，请详述:** | | | | |
| 既往重大  疾病史 | **□无 □有 若有，请详述:** | | | | |
| 既往外伤史 | **□无 □有 若有，请详述:** | | | | |
| 既往手术史 | **□无 □有 若有，请详述:** | | | | |
| 既往视力、听力情况 | **□正常 □异常 若异常，请详述:** | | | | |
| 传染病史 | **□无 □有 若有，请详述:** | | | | |
| 既往精神类疾病史 | **□无 □有 若有，请详述:** | | | | |
| 体质情况 | **□良好 □较弱 若较弱，请详述:** | | | | |
| 其他身体健康状况说明 |  | | | | |
| 本人确认自身健康状况符合要求，并承诺以上填写的信息、提供的检查结果均为真实，未隐瞒病史。若有弄虚作假，自愿承担一切后果。  考生签字： 日期： | | | | | |