

身体健康情况说明

姓名		性别		证件号码	
年龄		出生日期		联系电话	
报考学院				报考专业	
家族遗传病史	无 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 若有请详述:				
既往重大疾病史	无 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 若有请详述:				
既往外伤史	无 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 若有请详述:				
既往手术史	无 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 若有请详述:				
既往视力、听力情况	正常 <input type="checkbox"/> 异常 <input type="checkbox"/> 若异常请详述:				
传染病史	无 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 若有请详述:				
体质情况	良好 <input type="checkbox"/> 较弱 <input type="checkbox"/> 若较弱请详述:				
能否正常参加符合报考专业要求的学习和科研活动	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 若否请详述:				
其他身体健康情况说明					
<p>本人已对照《普通高等学校招生体检工作意见》（教学[2003]3号），确认自身健康状况符合所报考学院及专业要求，并承诺以上填写信息均为真实，未隐瞒病史。若有弄虚作假，自愿承担一切后果。</p> <p style="text-align: center;">考生本人手写签名: _____ 日期: _____</p>					