

| | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1. 姓名: _____ 性别: _____ 年龄: _____ 2. 职业: _____ 单位: _____ 3. 住址: _____ 电话: _____ 4. 身份证号: _____ | | 5. 血型: _____ 身高: _____ 体重: _____ 6. 视力: _____ 听力: _____ 语言能力: _____ 7. 健康状况: _____ 既往病史: _____ 8. 过敏史: _____ 手术史: _____ 9. 家族病史: _____ 遗传病史: _____ 10. 其他: _____ | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|