**身体健康情况告知书**

报考学院： 报考专业： 考生编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | | | | 性 别 |  | | 出生年月 | |  | | 照片 |
| 民 族 |  | | 籍 贯 | |  | | | | | 身份证号 | |  | |
| 现住址 |  | | | | | | | | 联系方式 | |  | | |
| 婚姻  状况 |  | | | 职业 | |  | | | | | 既往病史 | |  |
| 以 上 请 如 实 填 写 | | | | | | | | | | | | | | |
| 眼 科 | | 视力 | | 左眼视力是否正常  □是 □否 | | | | | | 左眼是否存在色弱色盲  □是 □否 | | | | 备注： |
| 右眼视力是否正常  □是 □否 | | | | | | 右眼是否存在色弱色盲  □是 □否 | | | |
| 耳鼻喉科 | | 听力 | | 左耳听力是否正常 □是 □否 | | | | | | | | | | 备注： |
| 右耳听力是否正常 □是 □否 | | | | | | | | | |
| 咽喉 | | 嗅觉是否正常 □是 □否  味觉是否正常 □是 □否 | | | | | | | | | | 备注： |
| 家族遗传病史 □是 □否 （若有请详细描述填写备注） | | | | | | | | | | | | | | 备注： |
| 既往重大疾病史 □是 □否 （若有请详细描述填写备注） | | | | | | | | | | | | | | 备注： |
| 既往手术外伤史 □是 □否 （若有请详细描述填写备注） | | | | | | | | | | | | | | 备注： |
| 体质状况是否良好 □是 □否 | | | | | | | | | | | | | |  |
| 能否正常参加符合报考专业要求的学习和科研活动 □能 □否 | | | | | | | | | | | | | | 备注： |
| 其他身体健康状况说明（若无请填“无”）： | | | | | | | | | | | | | | |

注：请认真填写个人信息。须如实填写，如发现隐瞒不符合体检标准的后果由考生个人承担。

**本人承诺所填信息真实有效并愿承担相应责任**

本人签字：

日 期：