	个	人	健	康	报	告	
姓名:	性兒	別:					生日:
药物过敏史:							
疾病史:							血型:
诊疗医生记录:							
健康史记录:							
2A点由江县							
诊疗史记录:							
/G //± : 1- 1- 1- 1							
保健计划:							