姓名

性别（必填）

婚否

出生日期（必填）

身高（必填）

体重（必填）

出生城市（必填）

身份证号

手机号

职业

所在城市

过敏史

家族遗传史

手术史

吸烟

输血史

饮酒

糖尿病

冠心病

高血压