

# 本人患病经历和有关情况说明

准考证号：						
姓 名		曾用名		性 别		照 片
出生年月		民 族		籍 贯		
政治面貌		婚姻状况		宗教信仰		
身份证号			联系电话			
病 名	有/无	治愈时间	病 名	有/无	治愈时间	备 注
心脏病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		精神病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
高血压病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		神经官能症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
血液系统疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		夜游症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
结核病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		精神活性物质 滥用和依赖史	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
肺气肿	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		吸毒史	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
支气管扩张	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		结缔组织病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
支气管哮喘	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		血吸虫病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
胰腺疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		血丝虫病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
严重消化 系统疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		颅脑畸形 颅脑损伤	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
慢性肝炎	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		慢性骨髓炎	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
肝硬化	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		胆结石	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
恶性肿瘤	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		泌尿系统结石	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
慢性肾炎	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		性 病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
肾功能异常	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		艾滋病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
糖尿病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		手术史	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
甲 亢	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		严重外伤史	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
内分泌系统病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		文 身	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
癲 痫	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		其 他	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
考生承诺	<p style="text-align: center;">本人承诺，以上信息均真实、准确。如有不实，愿承担一切后果。</p> <p style="text-align: center;">考生（签名）：</p> <p style="text-align: right;">年    月    - 7 - 日</p>					