

附件 4

公安院校公安专业招生患病经历申报表

考生编号：

姓 名		曾用名		性 别		照 片
出生日期		政治面貌		民 族		
文化程度		婚姻状况		生源省份		
公民身份号码			手机号码			

患 病 经 历	病 名	曾经或者正在罹患	病 名	曾经或者正在罹患
	颅脑疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	严重呼吸系统疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
	面部疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	严重消化系统疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
	颈部疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	严重泌尿系统疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
	脊柱、骨盆、胸廓疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	内分泌系统疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
	骨、关节、滑囊等疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	免疫系统疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
	严重运动系统疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	严重传染性疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
	严重斑痣、瘢痕、文身	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	严重神经系统疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
	严重皮肤病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	精神疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
	腋臭	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	精神活性物质依赖	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
	严重生殖系统疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	脏器缺损	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
	性传播疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	脏器移植	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
	恶性肿瘤	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	严重眼病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
	良性肿瘤、囊肿	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	严重耳病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
	高血压	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	眩晕症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
	心脏病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	严重鼻病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
	血液系统疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	严重咽喉疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
	严重血管疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	严重口腔疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
	严重循环系统疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	其他严重疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无

<p style="text-align: center;">患 病 经 历</p>	<p>患病详情以及治疗治愈情况：</p>
<p style="text-align: center;">患 病 经 历</p>	<p>手术史、外伤史、过敏史、严重传染病史等：</p>
<p style="text-align: center;">注 意 事 项</p>	<p style="text-align: center;">请考生与家长认真阅读《公安院校公安专业招生体检标准》，围绕考生患病经历进行充分沟通，并对照体检标准真实、准确、完整填报以上信息。</p> <p style="text-align: right; margin-right: 200px;">考 生（签名）：</p> <p style="text-align: right; margin-right: 200px;">家 长（签名）：</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">年 月 日</p>