

公安院校公安专业本专科招生患病经历申报表

报考序号：

| 姓 名 | 曾用名 | 性 别 | 照 片 |
|------------------------------|---------------------------------|---|---|
| 出生日期 | 政治面貌 | 民 族 | |
| 宗教信仰 | 婚姻状况 | 籍 贯 | |
| 文化程度 | 健康状况 | 生源省份 | |
| 身份证号码 | 手机号码 | | |
| 病 名 | | | 是否曾经罹患 或者正在罹患 |
| 外 科 | 影响面容且难以治愈的皮肤病（如白癜风、银屑病、血管瘤、斑痣等） | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| | 外观存在明显疾病特征（如五官畸形、不能自行矫正的斜颈等） | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| | 三度单纯性甲状腺肿 | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| | 少白头 | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| | 胸廓畸形，脊柱侧弯、驼背 | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| | 膝内翻股骨内髁间距离和膝外翻胫骨内髁间距离超过 7 厘米 | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| | 足底弓完全消失的扁平足 | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| | 影响功能的身体瘢痕 | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| | 面颈部瘢痕 | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| | 唇、腭裂或唇裂术后有明显瘢痕 | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| | 文身 | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| | 下肢静脉曲张 | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| | 腋臭 | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| | 颅骨缺损、颅内异物存留、颅脑畸形、脑外伤后综合征 | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| | 严重的慢性骨髓炎 | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| | 内 科 | 淋病，梅毒，软下疳，性病性淋巴肉芽肿，非淋菌性尿道炎，尖锐湿疣，生殖器疱疹，艾滋病 | |
| 肢体功能障碍 | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | |
| 风湿性心脏病、心肌病、冠心病、先天性心脏病等器质性心脏病 | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | |
| 内 科 | 高血压病 | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| | 血液系统疾病 | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |

| | | |
|------|--|---|
| 内科 | 结核病 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| | 慢性支气管炎伴阻塞性肺气肿、支气管扩张、支气管哮喘 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| | 慢性胰腺炎、溃疡性结肠炎、克罗恩病等严重慢性消化系统疾病 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| | 各种急慢性肝炎、肝硬化 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| | 恶性肿瘤 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| | 肾炎、慢性肾盂肾炎、多囊肾、肾功能不全 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| | 糖尿病、尿崩症、肢端肥大症、甲状腺功能亢进等内分泌系统疾病 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| | 癫痫病史、精神病史、癔病史、夜游症、严重的神经官能症（经常头痛头晕、失眠、记忆力明显下降等） | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| | 精神活性物质滥用和依赖，吸毒史 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| | 红斑狼疮、皮炎和/或多发性肌炎、硬皮病、结节性多动脉炎、类风湿性关节炎等各种弥漫性结缔组织疾病，大动脉炎 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| | 晚期血吸虫病，晚期血丝虫病兼有橡皮肿或有乳糜尿 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| | 有梗阻的胆结石或泌尿系结石 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 耳鼻喉科 | 单侧耳语听力低于 5 米 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| | 嗅觉丧失或者嗅觉迟钝 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 眼科 | 单侧裸眼视力低于 4.8 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| | 色盲或者色弱 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| | 共同性内、外斜视超过 15 度 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| | 明显视功能损害眼病 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 其他 | 手术史、严重外伤史、严重疾病史以及治疗治愈情况： | |
| 考生承诺 | <p>本人承诺，以上信息均真实、准确、完整。若存在不实，则体检结论为不合格，愿承担取消公安院校公安专业投档录取资格、取消入学资格、取消学籍等后果。</p> <p style="text-align: right;">考 生（签名）：</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> | |

注：请双面打印于一张纸上。