|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | **照****片** |
| **出生年月** |  | **婚姻状况** |  |
| **学 历** |  | **工作单位****（毕业院校）** |  |
| **联系电话** |  | **身份证号** |  |
| **请本人如实详细填写下列项目****（在每一项后的空格中打“√”回答“有”或“无”，如故意隐瞒，后果自负）** |
| **病名** | **有** | **无** | **诊断时间** | **病名** | **有** | **无** | **诊断时间** |
| **高血压** |  |  |  | **糖尿病** |  |  |  |
| **冠心病** |  |  |  | **甲亢** |  |  |  |
| **风心病** |  |  |  | **贫血** |  |  |  |
| **先心病** |  |  |  | **癫痫** |  |  |  |
| **心肌病** |  |  |  | **精神病** |  |  |  |
| **支气管扩张** |  |  |  | **神经官能症** |  |  |  |
| **支气管哮喘** |  |  |  | **吸毒史** |  |  |  |
| **肺气肿** |  |  |  | **急慢性肝炎** |  |  |  |
| **消化性溃疡** |  |  |  | **结核病** |  |  |  |
| **肝硬化** |  |  |  | **性传播疾病** |  |  |  |
| **胰腺疾病** |  |  |  | **恶性肿瘤** |  |  |  |
| **急慢性肾炎** |  |  |  | **手术史** |  |  |  |
| **肾功能不全** |  |  |  | **严重外伤史** |  |  |  |
| **结缔组织病** |  |  |  | **其他** |  |  |  |
| **备 注：** | **（其它重大疾病情况写入此栏）** |
| **受检者签字：** **体检日期： 年 月 日** |