附件3：

病史栏

|  |
| --- |
| **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** | **治愈时间** | **病名** | **有** | **无** | **治愈时间** |
| **高血压病** |  |  |  | **糖尿病** |  |  |  |
| **心脏病** |  |  |  | **甲亢** |  |  |  |
| **支气管扩张** |  |  |  | **神经官能症** |  |  |  |
| **支气管哮喘** |  |  |  | **吸毒史** |  |  |  |
| **神经系****统疾病** |  |  |  | **严重消化系统疾病** |  |  |  |
| **精神病** |  |  |  | **结核病** |  |  |  |
| **癫痫** |  |  |  | **性病** |  |  |  |
| **胰腺疾病** |  |  |  | **恶性肿瘤** |  |  |  |
| **急慢性肾炎** |  |  |  | **手术史** |  |  |  |
| **急慢性肝炎** |  |  |  | **严重外伤史** |  |  |  |
| **结缔组织病** |  |  |  | **其他** |  |  |  |
| **备 注** |  |
| **本人签字： 日期： 年 月 日** |

**注：因考生本人未如实填写病史栏目中相关内容，造成取消考试资格或录用资格等一切后果由考生本人承担。**