|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 | |  | | 出生年月 |  | | 照  片 |
| 民 族 |  | | 婚姻状况 | |  | | 籍 贯 |  | |
| 文化程度 |  | | 联系电话 | |  | | | | |
| 职 业 |  | | 工作单位  （毕业院校） | |  | | | | |
| 报考职位 |  | | 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 | 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： | |  | | | | | | | | |
| 受检者签字：  体检日期：2023年1月11日 | | | | | | | | | | |