|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |