

## 体 检 表 (第三页)

姓名		性别		民族		照片		
出生年月		籍贯						
文化程度		报考岗位 代码						
职业		联系电话						
婚姻状况		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				
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				
神经系统 疾病				肝硬化				
消化性溃疡				结核病				
严重消化 系统疾病				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								
受检者签字：								
填表日期：                      年            月            日								