

基本情况表

| | | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------|---|----------------|------|----------|---|----|------|
| 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) | | | | | |
| 报考单位 及岗位 | | | | 身份证号 | | | |
| <p>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)</p> | | | | | | | |
| 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: | | 年 | 月 | 日 | |