

附件 4

公安院校公安专业本专科招生患病经历申报表

报考序号:

姓 名		曾用名		性 别		照 片
出生日期		政治面貌		民 族		
宗教信仰		婚姻状况		籍 贯		
文化程度		健康状况		生源省份		
身份证号码			手机号码			
病 名						是否曾经罹患 或者正在罹患
外 科	影响面容且难以治愈的皮肤病（如白癜风、银屑病、血管瘤、斑痣等）					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
	外观存在明显疾病特征（如五官畸形、不能自行矫正的斜颈等）					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
	三度单纯性甲状腺肿					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
	少白头					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
	胸廓畸形，脊柱侧弯、驼背					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
	膝内翻股骨内髁间距离和膝外翻胫骨内髁间距离超过 7 厘米					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
	足底弓完全消失的扁平足					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
	影响功能的身体瘢痕					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
	面颈部瘢痕					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
	唇、腭裂或唇裂术后有明显瘢痕					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
	文身					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
	下肢静脉曲张					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
	腋臭					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
	颅骨缺损、颅内异物存留、颅脑畸形、脑外伤后综合征					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
	严重的慢性骨髓炎					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
	内 科	淋病，梅毒，软下疳，性病性淋巴肉芽肿，非淋菌性尿道炎，尖锐湿疣，生殖器疱疹，艾滋病				
肢体功能障碍					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	
风湿性心脏病、心肌病、冠心病、先天性心脏病等器质性心脏病					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	
内 科	高血压病					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
	血液系统疾病					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无

内科	结核病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
	慢性支气管炎伴阻塞性肺气肿、支气管扩张、支气管哮喘	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
	慢性胰腺炎、溃疡性结肠炎、克罗恩病等严重慢性消化系统疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
	各种急慢性肝炎、肝硬化	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
	恶性肿瘤	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
	肾炎、慢性肾盂肾炎、多囊肾、肾功能不全	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
	糖尿病、尿崩症、肢端肥大症、甲状腺功能亢进等内分泌系统疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
	癫痫病史、精神病史、癔病史、夜游症、严重的神经官能症（经常头痛头晕、失眠、记忆力明显下降等）	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
	精神活性物质滥用和依赖，吸毒史	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
	红斑狼疮、皮炎和/或多发性肌炎、硬皮病、结节性多动脉炎、类风湿性关节炎等各种弥漫性结缔组织疾病，大动脉炎	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
	晚期血吸虫病，晚期血丝虫病兼有橡皮肿或有乳糜尿	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
	有梗阻的胆结石或泌尿系结石	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
耳鼻喉科	单侧耳语听力低于 5 米	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
	嗅觉丧失或者嗅觉迟钝	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
眼科	单侧裸眼视力低于 4.8	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
	色盲或者色弱	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
	共同性内、外斜视超过 15 度	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
	明显视功能损害眼病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
其他	手术史、严重外伤史、严重疾病史以及治疗治愈情况:	
考生承诺	<p>本人承诺，以上信息均真实、准确、完整。若存在不实，则体检结论为不合格，愿承担取消公安院校公安专业投档录取资格、取消入学资格、取消学籍等后果。</p> <p style="text-align: center;">考 生（签名）:</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>	