

患病经历和有关情况说明

_____市 _____ 县(市、区)

考生号: 1914

病名	有/无	治愈时间	病名	有/无	治愈时间	备注
心脏病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		精神病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
高血压病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		神经官能症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
血液系统疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		夜游症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
结核病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		精神活性物质滥用和依赖史	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
肺气肿	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		吸毒史	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
支气管扩张	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		结缔组织病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
支气管哮喘	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		血吸虫病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
胰腺疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		血丝虫病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
严重消化系统疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		颅脑畸形 颅脑损伤	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
急慢性肝炎	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		慢性骨髓炎	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
肝硬化	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		胆结石	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
恶性肿瘤	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		泌尿系统结石	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
急慢性肾炎	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		性病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
肾功能异常	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		艾滋病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
糖尿病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		手术史	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
甲亢	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		严重外伤史	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
内分泌系统疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		文身	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
癫痫	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		其他	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
考生承诺	本人承诺,以上信息均真实、准确。如有不实,愿承担一切后果。					
	考 生 (签名): 年 月 日					