

患病经历和有关情况说明

病 名	有/无	治愈时间	病 名	有/无	治愈时间	备 注
心脏病	☐ 有 ☐ 无		精神病	☐ 有 ☐ 无		
高血压病	☐ 有 ☐ 无		神经官能症	☐ 有 ☐ 无		
血液系统疾病	☐ 有 ☐ 无		夜游症	☐ 有 ☐ 无		
结核病	☐ 有 ☐ 无		精神活性物质滥用和依赖史	☐ 有 ☐ 无		
肺气肿	☐ 有 ☐ 无		吸毒史	☐ 有 ☐ 无		
支气管扩张	☐ 有 ☐ 无		结缔组织病	☐ 有 ☐ 无		
支气管哮喘	☐ 有 ☐ 无		血吸虫病	☐ 有 ☐ 无		
胰腺疾病	☐ 有 ☐ 无		血丝虫病	☐ 有 ☐ 无		
严重消化系统疾病	☐ 有 ☐ 无		颅脑畸形 颅脑损伤	☐ 有 ☐ 无		
急慢性肝炎	☐ 有 ☐ 无		慢性骨髓炎	☐ 有 ☐ 无		
肝硬化	☐ 有 ☐ 无		胆结石	☐ 有 ☐ 无		
恶性肿瘤	☐ 有 ☐ 无		泌尿系统 结石	☐ 有 ☐ 无		
急慢性肾炎	☐ 有 ☐ 无		性 病	☐ 有 ☐ 无		
肾功能异常	☐ 有 ☐ 无		艾滋病	☐ 有 ☐ 无		
糖尿病	☐ 有 ☐ 无		手术史	☐ 有 ☐ 无		
甲 亢	☐ 有 ☐ 无		严重外伤史	☐ 有 ☐ 无		
内分泌系统疾病	☐ 有 ☐ 无		文 身	☐ 有 ☐ 无		
癲 痢	☐ 有 ☐ 无		其 他	☐ 有 ☐ 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					