

## 附件 3

# 考生患病经历申报和体能测评健康状况承诺表

|                                                        |                                                                                           |                              |         |                                                       |                                                       |                                                       |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|---------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 姓    名                                                 |                                                                                           | 性    别                       |         | 手机号码                                                  |                                                       |                                                       |
| 考生号                                                    |                                                                                           |                              | 身份证号码   |                                                       |                                                       |                                                       |
| 联系人                                                    |                                                                                           |                              | 联系人手机号码 |                                                       |                                                       |                                                       |
| <b>患病经历申报</b>                                          |                                                                                           |                              |         |                                                       |                                                       |                                                       |
| 病        名                                             |                                                                                           |                              |         |                                                       | 是否曾经罹患<br>或者正在罹患                                      |                                                       |
| 外<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>科 | 颅骨缺损，颅内异物存留，颅脑畸形，脑后伤后综合征                                                                  |                              |         |                                                       | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |                                                       |
|                                                        | 颈部运动功能受限，斜颈，三度以上单纯性甲状腺肿                                                                   |                              |         |                                                       | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |                                                       |
|                                                        | 骨、关节、滑囊疾病或者损伤及其后遗症，骨、关节畸形或者残缺，脊柱畸形，胸廓畸形，习惯性脱臼，腰椎间盘突出，强直性脊柱炎，影响肢体功能的腱鞘疾病，颈、胸、腰椎骨折史，严重四肢骨折史 |                              |         |                                                       | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |                                                       |
|                                                        | 肘关节过伸超过15度，肘关节外翻超过20度                                                                     |                              |         |                                                       | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |                                                       |
|                                                        | 两下肢不等长超过2厘米，膝内翻股骨内髁间距离超过7厘米，膝外翻胫骨内踝间距离超过7厘米                                               |                              |         |                                                       | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |                                                       |
|                                                        | 手指、足趾畸形或者残缺，足底弓完全消失的扁平足，重度皲裂症                                                             |                              |         |                                                       | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |                                                       |
|                                                        | 下肢静脉曲张                                                                                    |                              |         |                                                       | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |                                                       |
|                                                        | 严重的慢性骨髓炎                                                                                  |                              |         |                                                       | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |                                                       |
|                                                        | 外观存在明显疾病特征或者明显影响形象的特征（如五官畸形、口眼歪斜、唇腭裂、鼻洞、唇洞等）                                              |                              |         |                                                       | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |                                                       |
|                                                        | 面颈部瘢痕、斑痣、囊肿等，身体其他部位影响功能的瘢痕、斑痣、囊肿等，瘢痕体质                                                    |                              |         |                                                       | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |                                                       |
|                                                        | 文身                                                                                        |                              |         |                                                       | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |                                                       |
|                                                        | 头癣，泛发性体癣，疥疮，慢性泛发性湿疹，慢性荨麻疹，泛发性神经性皮炎，银屑病，白癬风，其他传染性或者难以治愈的皮肤病                                |                              |         |                                                       | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |                                                       |
|                                                        | 淋病，梅毒，软下疳，性病性淋巴肉芽肿，尖锐湿疣，生殖器疱疹，艾滋病                                                         |                              |         |                                                       | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |                                                       |
|                                                        | 腋臭                                                                                        |                              |         |                                                       | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |                                                       |
|                                                        | 肢体功能障碍（如下蹲不全、步态异常等）                                                                       |                              |         |                                                       | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |                                                       |
|                                                        | 内<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>科                                    | 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"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
|                                                        |                                                                                           | 高血压病                         |         |                                                       |                                                       | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
|                                                        |                                                                                           | 血液系统疾病                       |         |                                                       |                                                       | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 结核病                                                    |                                                                                           |                              |         | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |                                                       |                                                       |
| 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"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |                                                       |                                                       |
| 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"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |                                                       |                                                       |
| 各种急慢性肝炎和肝硬化                                            |                                                                                           |                              |         | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |                                                       |                                                       |
| 恶性肿瘤                                                   |                                                                                           |                              |         | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |                                                       |                                                       |
| 肾炎，慢性肾盂肾炎，多囊肾，肾功能不全                                    |                                                                                           |                              |         | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |                                                       |                                                       |
| 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"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |                                                       |                                                       |
| 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"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |                                                       |                                                       |
| 精神活性物质滥用和依赖，吸毒史                                        |                                                                                           |                              |         | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |                                                       |                                                       |
| 红斑狼疮、皮肌炎和/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"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |                                                       |                                                       |
| 晚期血吸虫病，晚期血丝虫病兼有橡皮肿或者有乳糜尿                               |                                                                                           |                              |         | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |                                                       |                                                       |
| 有梗阻的胆结石或者泌尿系结石                                         |                                                                                           |                              |         | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |                                                       |                                                       |
| 脏器残缺或者移植                                               |                                                                                           |                              |         | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |                                                       |                                                       |

|      |                          |                                                       |
|------|--------------------------|-------------------------------------------------------|
| 耳鼻喉科 | 单侧耳语听力低于 5 米             | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
|      | 嗅觉迟钝或者丧失                 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 眼科   | 单侧裸眼视力低于 4.8             | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
|      | 色盲或者色弱                   | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
|      | 共同性内、外斜视超过 15 度          | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
|      | 明显视功能损害眼病                | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 其他   | 手术史、严重外伤史、严重疾病史以及治疗治愈情况: |                                                       |

体能测评须知

体能测评是公安院校公安专业招生的必经程序，测评项目为：男：1000 米、50 米、立定跳远、引体向上；女：800 米、50 米、立定跳远、仰卧起坐。体能测评各项运动强度较大，有一定的危险性，有可能在测评过程中发生意外。考生本人应评估自身身体状况是否适应剧烈运动。如确实身体状况不宜参加体能测评的，建议放弃体能测评资格；如考生因身体健康状况不良，身体对测评强度、天气等不适应及体能测评前热身不充分等自身原因，导致体能测评中出现受伤、致病、死亡等一切后果，由考生本人承担。

考生在参加体能测评前，应保证充足睡眠，以良好的身体状态应试，测评前做好热身运动，测评过程中服从现场工作人员的指挥，防止在测评过程中发生意外。不得通过服用药物、使用器械等手段弄虚作假，干扰体能测评结果。体能测评后考生须签名确认测评结果。测评现场设立医疗点，如考生在测评过程中发现自己身体不适，应及时到医疗点进行处理。

考生承诺

考生及家长已认真阅读上述患病经历申报和体能测评须知。在此郑重承诺：

考生患病经历申报信息均真实、准确、完整。若存在不实，则体检结论为不合格，自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。

考生及家长认为考生身体状况适应参加上述各项体能测评项目，考生自愿参加广东省 2023 年公安院校公安专业招生体能测评，如考生在体能测评中出现意外，后果自行负责。

考生（签名）：

年 月 日

考生家长（签名）：

年 月 日

重要提示

- 1.考生须认真阅读并如实完整填写此表，如因瞒报、漏报、误报等承诺不实情形或不遵守体能测评须知引起的一切后果，由考生本人承担。
- 2.考生须完整填写此表，参测现场提交。
- 3.此表双面打印。