

附件 3

公安院校公安专业招生患病经历申报表

考生编号：

| | | | | | | |
|--------|--|------|------|------|--|-----|
| 姓 名 | | 曾用名 | | 性 别 | | 照 片 |
| 出生日期 | | 政治面貌 | | 民 族 | | |
| 文化程度 | | 婚姻状况 | | 生源省份 | | |
| 公民身份号码 | | | 手机号码 | | | |

| | | | | |
|------------------|------------|---|----------|---|
| 患 病 经 历 | 病 名 | 曾经或者正在罹患 | 病 名 | 曾经或者正在罹患 |
| | 颅脑疾病 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 | 严重呼吸系统疾病 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 |
| | 面部疾病 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 | 严重消化系统疾病 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 |
| | 颈部疾病 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 | 严重泌尿系统疾病 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 |
| | 脊柱、骨盆、胸廓疾病 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 | 内分泌系统疾病 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 |
| | 骨、关节、滑囊等疾病 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 | 免疫系统疾病 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 |
| | 严重运动系统疾病 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 | 严重传染性疾病 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 |
| | 严重斑痣、瘢痕、文身 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 | 严重神经系统疾病 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 |
| | 严重皮肤病 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 | 精神疾病 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 |
| | 腋臭 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 | 精神活性物质依赖 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 |
| | 严重生殖系统疾病 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 | 脏器缺损 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 |
| | 性传播疾病 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 | 脏器移植 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 |
| | 恶性肿瘤 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 | 严重眼病 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 |
| | 良性肿瘤、囊肿 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 | 严重耳病 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 |
| | 高血压 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 | 眩晕症 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 |
| | 心脏病 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 | 严重鼻病 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 |
| | 血液系统疾病 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 | 严重咽喉疾病 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 |
| | 严重血管疾病 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 | 严重口腔疾病 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 |
| | 严重循环系统疾病 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 | 其他严重疾病 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 |

| | |
|----------------------------|---|
| <p>患 病 经 历</p> | <p>患病详情以及治疗治愈情况：</p> |
| <p>患 病 经 历</p> | <p>手术史、外伤史、过敏史、严重传染病史等：</p> |
| <p>注 意 事 项</p> | <p>请考生认真阅读《公安院校公安专业招生体检标准》，务必与家长共同围绕本表所列“患病经历”进行充分沟通，参加现场体检时须真实、准确、完整填报以上信息。如有隐瞒或者不实，取消考生公安院校公安专业投档资格、录取资格、入学资格、学籍、参加公安机关面向公安院校毕业生录用人民警察统一考试资格。</p> |