

附件 4

## 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>