

# 公安院校公安专业本专科招生患病经历申报表

报考序号：

姓 名	曾用名	性 别	照 片
出生日期	政治面貌	民 族	
宗教信仰	婚姻状况	籍 贯	
文化程度	健康状况	生源省份	
身份证号码	手机号码		
病 名			是否曾经罹患或者正在罹患
外 科	影响面容且难以治愈的皮肤病（如白癜风、银屑病、血管瘤、斑痣等）		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	外观存在明显疾病特征（如五官畸形、不能自行矫正的斜颈等）		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	三度单纯性甲状腺肿		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	少白头		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	胸廓畸形，脊柱侧弯、驼背		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	膝内翻股骨内髁间距离和膝外翻胫骨内髁间距离超过 7 厘米		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	足底弓完全消失的扁平足		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	影响功能的身体瘢痕		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	面颈部瘢痕		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	唇、腭裂或唇裂术后有明显瘢痕		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	文身		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	下肢静脉曲张		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	腋臭		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	颅骨缺损、颅内异物存留、颅脑畸形、脑外伤后综合征		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	严重的慢性骨髓炎		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	内 科	淋病，梅毒，软下疳，性病性淋巴肉芽肿，非淋菌性尿道炎，尖锐湿疣，生殖器疱疹，艾滋病	
肢体功能障碍		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
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	

内 科	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、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有乳糜尿	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
有梗阻的胆结石或泌尿系结石	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
耳 鼻 科	单侧耳语听力低于 5 米	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	嗅觉丧失或者嗅觉迟钝	<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：	
考 生 承 诺	<p>本人承诺，以上信息均真实、准确、完整。若存在不实，则体检结论为不合格，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。</p> <p>考 生 (签名)：_____</p> <p>年      月      日</p>	