

公安院校公安专业本专科招生考生患病经历申报表

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 | 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 |
| | 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 |
| | 纹身 | | | | | <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，白癜风，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 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 |
| 其他 | 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 | 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，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（签名）： | | | 年 | 月 | 日 |