

|                                                      |   |      |      |          |   |   |      |
|------------------------------------------------------|---|------|------|----------|---|---|------|
| 姓 名                                                  |   | 性 别  |      | 出生年月     |   |   |      |
| 民 族                                                  |   | 婚姻状况 |      | 籍 贯      |   |   |      |
| 文化程度                                                 |   | 联系电话 |      |          |   |   |      |
| 报考职位                                                 |   |      |      |          |   |   |      |
| 身份证号                                                 |   |      |      |          |   |   |      |
| 请本人如实详细填写下列项目<br>(在每一项后的空格中打“√”回答“有”或“无”，如故意隐瞒，后果自负) |   |      |      |          |   |   |      |
| 病名                                                   | 有 | 无    | 治愈时间 | 病名       | 有 | 无 | 治愈时间 |
| 高血压病                                                 |   |      |      | 糖尿病      |   |   |      |
| 心脏病                                                  |   |      |      | 甲亢       |   |   |      |
| 支气管扩张                                                |   |      |      | 神经官能症    |   |   |      |
| 支气管哮喘                                                |   |      |      | 吸毒史      |   |   |      |
| 神经系统疾病                                               |   |      |      | 严重消化系统疾病 |   |   |      |
| 精神病                                                  |   |      |      | 结核病      |   |   |      |
| 癫痫                                                   |   |      |      | 性病       |   |   |      |
| 胰腺疾病                                                 |   |      |      | 恶性肿瘤     |   |   |      |
| 急慢性肾炎                                                |   |      |      | 手术史      |   |   |      |
| 急慢性肝炎                                                |   |      |      | 严重外伤史    |   |   |      |
| 结缔组织病                                                |   |      |      | 其他       |   |   |      |
| 备 注                                                  |   |      |      |          |   |   |      |
| 受检者签字：体检日期：年 月 日                                     |   |      |      |          |   |   |      |