

附件 4

本人患病经历和有关情况说明

病 名	有/无	治愈时 间	病 名	有/无	治愈时 间	备注	
心脏病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		精神病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无			
高血压病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		神经官能症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无			
血液系统疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		夜游症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无			
结核病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		精神活性物质滥用和依赖	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无			
肺气肿	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		吸毒史	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无			
支气管扩张	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		结缔组织病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无			
支气管哮喘	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		血吸虫病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无			
胰腺疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		血丝虫病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无			
严重消化系统疾	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		颅脑畸形颅脑损伤	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无			
急慢性肝炎	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		慢性骨髓炎	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无			
肝硬化	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		胆结石	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无			
恶性肿瘤	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		泌尿系统结石	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无			
急慢性肾炎	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		性病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无			
肾功能异常	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		艾滋病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无			
糖尿病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		手术史	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无			
甲亢	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		严重外伤史	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无			
内分泌系统疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		文 身	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无			
癲 痫	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		其 他	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无			
考生承诺	<p>本人承诺，以上信息均真实、准确。如有不实，愿承担一切后果。</p> <p style="text-align: right;">考生（签名）： 年 月 日</p>						