

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史 | <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 | | |
| 严重消化系统疾病 | <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> | | | | | |