

附件 4

公安院校公安专业本专科招生考生患病经历申报表

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
	文身					<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，瘰病史，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
耳鼻喉科	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
	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，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。</p> <p style="text-align: right;">考 生（签名）： 年 月 日</p>	