附件2：

公安院校公安专业本专科招生患病经历申报表

## 报考序号： 报名号：

首选科目：□历史 □物理 再选科目：□有政治科目 □无政治科目

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 影响面容且难以治愈的皮肤病（如白癜风、银屑病、血管瘤、斑痣等） | | | | | | □是□否 |
| 外观存在明显疾病特征（如五官畸形、不能自行矫正的斜颈等） | | | | | | □是□否 |
| 三度单纯性甲状腺肿 | | | | | | □是□否 |
| 少白头 | | | | | | □是□否 |
| 胸廓畸形，脊柱侧弯、驼背 | | | | | | □是□否 |
| 膝内翻股骨内髁间距离或者膝外翻胫骨内踝间距离超过7厘米 | | | | | | □是□否 |
| 足底弓完全消失的扁平足 | | | | | | □是□否 |
| 影响功能的身体瘢痕 | | | | | | □是□否 |
| 面颈部瘢痕 | | | | | | □是□否 |
| 唇、腭裂或者唇裂术后有明显瘢痕 | | | | | | □是□否 |
| 文身 | | | | | | □是□否 |
| 下肢静脉曲张 | | | | | | □是□否 |
| 腋臭 | | | | | | □是□否 |
| 颅骨缺损、颅内异物存留、颅脑畸形、脑外伤后综合征 | | | | | | □是□否 |
| 严重的慢性骨髓炎 | | | | | | □是□否 |
| 淋病，梅毒，软下疳，性病性淋巴肉芽肿，非淋菌性尿道炎，尖锐湿疣，生殖器疱疹，艾滋病 | | | | | | □是□否 |
| 肢体功能障碍 | | | | | | □是□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 | | | | | | □是□否 |
| 高血压病 | | | | | | □是□否 |
| 血液系统疾病 | | | | | | □是□否 |
| 内科 | 结核病 | | | | | | □是□否 |
| 慢性支气管炎伴阻塞性肺气肿、支气管扩张、支气管哮喘 | | | | | | □是□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 | | | | | | □是□否 |
| 各种急慢性肝炎、肝硬化 | | | | | | □是□否 |
| 恶性肿瘤 | | | | | | □是□否 |
| 肾炎、慢性肾盂肾炎、多囊肾、肾功能不全 | | | | | | □是□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 | | | | | | □是□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） | | | | | | □是□否 |
| 精神活性物质滥用和依赖，吸毒史 | | | | | | □是□否 |
| 红斑狼疮、皮肌炎和/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 | | | | | | □是□否 |
| 晚期血吸虫病，晚期血丝虫病兼有橡皮肿或者有乳糜尿 | | | | | | □是□否 |
| 有梗阻的胆结石或者泌尿系结石 | | | | | | □是□否 |
| 耳鼻科 | 单侧耳语听力低于5米 | | | | | | □是□否 |
| 嗅觉丧失或者嗅觉迟钝 | | | | | | □是□否 |
| 眼 科 | 单侧裸眼视力低于4.8 | | | | | | □是□否 |
| 色盲或者色弱 | | | | | | □是□否 |
| 共同性内、外斜视超过15度 | | | | | | □是□否 |
| 明显视功能损害眼病 | | | | | | □是□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 | | | | | | |

注：此表需正反打印。