附件4

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 | □有□无 |  | 精神病 | □有□无 |  |  |
| 高血压病 | □有□无 |  | 神经官能症 | □有□无 |  |
| 血液系统 疾病 | □有□无 |  | 夜游症 | □有□无 |  |
| 结核病 | □有□无 |  | 精神活性物质 滥用和依赖史 | □有□无 |  |
| 肺气肿 | □有□无 |  | 吸毒史 | □有□无 |  |
| 支气管扩张 | □有□无 |  | 结缔组织病 | □有□无 |  |
| 支气管哮喘 | □有□无 |  | 血吸虫病 | □有□无 |  |
| 胰腺疾病 | □有□无 |  | 血丝虫病 | □有□无 |  |
| 严重消化 系统疾病 | □有□无 |  | 颅脑畸形 颅脑损伤 | □有□无 |  |
| 急慢性肝炎 | □有□无 |  | 慢性骨髓炎 | □有□无 |  |
| 肝硬化 | □有□无 |  | 胆结石 | □有□无 |  |
| 恶性肿瘤 | □有□无 |  | 泌尿系统 结石 | □有□无 |  |
| 急慢性肾炎 | □有□无 |  | 性 病 | □有□无 |  |
| 肾功能异常 | □有□无 |  | 艾滋病 | □有□无 |  |
| 糖尿病 | □有□无 |  | 手术史 | □有□无 |  |
| 甲 亢 | □有□无 |  | 严重外伤史 | □有□无 |  |
| 内分泌系统 疾病 | □有□无 |  | 文 身 | □有□无 |  |
| 癫 痫 | □有□无 |  | 其 他 | □有□无 |  |
| 考生承诺 | 本人承诺，以上信息均真实、准确。如有不实，愿承担一切后果。  考 生（签名）：  年 月 日 | | | | | |