

考生本人患病经历承诺表

病 名	有/无	病 名	有/无	备 注
严重心脏病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	心肌炎	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	
心肌病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	胃十二指 肠溃疡	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	
高血压病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	慢性支气管炎	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	
支气管扩张	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	风湿性关节炎	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	
支气管哮喘	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	先天性心脏病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	
恶性肿瘤	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	面部明显缺陷	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	
慢性肾炎	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	腋 臭	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	
尿毒症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	血管瘤	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	
严重血液 系统疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	黑色素痣	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	
严重内分泌 系统疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	白癜风	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	
严重代谢 系统疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	严重静脉曲张	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	
风湿性疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	罗圈腿	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	
重症或难 治性癫痫	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	重度平跖足 (平板脚)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	
严重精神 病未治愈	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	传染病	<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	纹 身	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	
慢性肝炎且 肝功能不正常	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	驼 背	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	
结核病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	其 他	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	
主要脏器 较大手术史	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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

重要提示：

1. 考生参检时须认真如实填写此承诺表，如因瞒报、漏报、错报等承诺不实的情形引起的一切后果，由考生本人承担。如有其他患病经历及相关患病经历手术史的，请在备注栏说明。

2. 考生承诺栏签写日期为参检日期。

3. 考生报到入场时须提交填写完整的《考生本人患病经历承诺表》，方能参检。

4. 此表由考生用 A4 纸双面打印。