个人健康状况登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | | 照片 |
| 民族 |  | 婚姻状况 |  | 籍贯 |  | |
| 文化程度 |  | 联系电话 |  | | | |
| 职业 |  | 毕业院校 |  | | | |
| 请本人如实详细填写下列项目 （在每一项后的空格中打“√”回答“有”或“无”，如故意隐瞒，后果自负） | | | | | | | |
|
| 病名 | 有 | 无 | 治愈时间 | 病名 | 有 | 无 | 治愈时间 |
| 高血压病 |  |  |  | 糖尿病 |  |  |  |
| 冠心病 |  |  |  | 甲亢 |  |  |  |
| 风心病 |  |  |  | 贫血 |  |  |  |
| 先心病 |  |  |  | 癫痫 |  |  |  |
| 心肌病 |  |  |  | 精神病 |  |  |  |
| 支气管扩张 |  |  |  | 神经官能症 |  |  |  |
| 支气管哮喘 |  |  |  | 吸毒史 |  |  |  |
| 肺气肿 |  |  |  | 急慢性肝炎 |  |  |  |
| 消化性溃疡 |  |  |  | 结核病 |  |  |  |
| 肝硬化 |  |  |  | 性传播疾病 |  |  |  |
| 胰腺疾病 |  |  |  | 恶性肿瘤 |  |  |  |
| 急慢性肾炎 |  |  |  | 手术史 |  |  |  |
| 肾功能不全 |  |  |  | 严重外伤史 |  |  |  |
| 结缔组织病 |  |  |  | 其他 |  |  |  |
| 备注： |  | | | | | | |
| 本人承诺以上内容属实。若有谎报瞒报等情况，将依法承担相应法律责任。    承诺人签字: | | | | | | | |
|  | | | |  | 年 | 月 | 日 |
| 说明：此表需详细填写信息，附上照片，个人手签字后上传至报名系统“其他证书”栏。 | | | | | | | |