

考生编号（后5位）：_____

公安院校博士研究生招生体检表

报考专业：_____

姓名		性别		出生年月		【照片】
民族		籍贯		政治面貌		
婚姻状况		宗教信仰		生源省份		
身份证号			联系电话			
外 科	身 高	厘米	体 重	千 克	医师（签名）：	
	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）			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	医师意见： 签名：	
	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）			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
	单独单纯性甲状腺肿			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
	文身			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
内 科	血 压	/ mmHg		医师（签名）：		
眼 科	裸眼视力	左眼：	右眼：	医师（签名）：		
	色 觉	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 色弱 <input type="checkbox"/> 色盲			医师（签名）：	
耳鼻喉科	听 力	左耳：	右耳：	医师（签名）：		
	嗅 觉	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 迟钝 <input type="checkbox"/> 缺失			医师（签名）：	
心电图					医师（签名）：	
胸透 DR					医师（签名）：	
化 验	（包含血常规、尿常规、转氨酶等）				医师（签名）：	
体检综述	体检医院（签章）：					
年 月 日						
体检结论	<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格		招生院校（签章）：			
	责任人（签名）：					
	监督人（签名）：					
年 月 日						

***本表须用 A4 纸双面打印。**

本人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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		精神病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
高血压病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		神经官能症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
血液系统疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		夜游症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
结核病	<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		
肺气肿	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		吸毒史	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
支气管扩张	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		结缔组织病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
支气管哮喘	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		血吸虫病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
胰腺疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		血丝虫病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
严重消化 系统疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		颅脑畸形 颅脑损伤	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
急慢性肝炎	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		慢性骨髓炎	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
肝硬化	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		胆结石	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
恶性肿瘤	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		泌尿系统结 石	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
急慢性肾炎	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		性 病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
肾功能异常	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		艾滋病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
糖尿病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		手术史	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
甲 亢	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		严重外伤史	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
内分泌系统 病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		文 身	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
癲 痫	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		其 他	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
考生承诺	<p style="text-align: center;">本人承诺，以上信息均真实、准确。如有不实，愿承担一切后果。</p> <p style="text-align: right;">考生（签名）： _____ 年 月 日</p>					