

附件 2

病史调查表

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		工作单位 (毕业院校)					
报考职位		身份证号					
<p>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)</p>							
病名	有	无	治愈时间	病名	有	无	治愈时间
高血压病				糖尿病			
心脏病				甲亢			
支气管扩张				神经官能症			
支气管哮喘				吸毒史			
神经系统疾病				严重消化系统疾病			
精神病				结核病			
癫痫				性病			
胰腺疾病				恶性肿瘤			
急慢性肾炎				手术史			
急慢性肝炎				严重外伤史			
结缔组织病				其他			
备 注:							
<p>受检者签字:</p> <p style="text-align: right;">体检日期: 年 月 日</p>							