

## 附件 2:

考生编号 (14 位):

姓 名		曾用名		性 别		照 片
出生日期		政治面貌		民 族		
文化程度		婚姻状况		生源省份		
公民身份号码		手机号码				
患 病 经 历	病 名	曾经或者正在罹患	病 名	曾经或者正在罹患		
	颅脑疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	严重呼吸系统疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
	面部疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	严重消化系统疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
	颈部疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	严重泌尿系统疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
	脊柱、骨盆、胸廓疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	内分泌系统疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
	骨、关节、滑囊等疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	免疫系统疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
	严重运动系统疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	严重传染性疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
	严重斑痣、瘢痕、文身	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	严重神经系统疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
	严重皮肤病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	精神疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
	腋臭	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	精神活性物质依赖	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
	严重生殖系统疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	脏器缺损	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
	性传播疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	脏器移植	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
	恶性肿瘤	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	严重眼病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
	良性肿瘤、囊肿	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	严重耳病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
	高血压	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	眩晕症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
	心脏病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	严重鼻病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
	血液系统疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	严重咽喉疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
	严重血管疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	严重口腔疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
严重循环系统疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	其他严重疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无			

患病	患病详情以及治疗治愈情况：
经历	手术史、外伤史、过敏史、严重传染病史等：
考生承诺	<p>本人已认真阅读《公安院校公安学科专业招生体检标准》，充分理解该标准各项条款的含义，并对照该标准填报以上信息。本人承诺，以上信息均真实、准确、完整。如有隐瞒或者不实，自愿承担取消本人公安院校公安学科专业投档资格、录取资格、入学资格、学籍、参加公安机关面向公安院校毕业生录用人民警察统一考试资格等后果。</p> <p style="text-align: right;">考生（签名）： 年 月 日</p>
审查意见	<p>结合考生高考体检表等材料，对考生患病经历的审查意见：</p> <p><input type="checkbox"/> 合格</p> <p><input type="checkbox"/> 不合格，原因：</p> <p style="text-align: right;">审查医师（签名）： 年 月 日</p>

外 科	身 高	厘米	体 重	千克	医师（签名）：
	体重指数				
	头面颈部				医师意见：
	脊柱胸廓				
	四肢关节				
	斑痣瘢痕				
	皮肤文身				
	腋 臭				
	其 他				
内 科	血 压	/ mmHg			医师意见：
	心 率	次/分钟			
	其 他				医师（签名）：
五 官 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）：
	斜 视				医师（签名）：
	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"/> 丧失			医师（签名）：
	口 腔				医师（签名）：
	其 他				医师（签名）：
其 他					医师意见：  医师（签名）：
考 生 承 诺 及 结 果 确 认	<p>本人承诺，未通过服用药物、使用器械等手段（如服用降血压药物、佩戴角膜塑形镜、使用身体牵引拉伸器械等）弄虚作假，干扰体检结果。如有上述情况，自愿承担取消本人公安院校公安学科专业投档资格、录取资格、入学资格、学籍、参加公安机关面向公安院校毕业生录用人民警察统一考试资格等后果。</p> <p>本人对以上体检结果无异议。</p> <p style="text-align: right;">考 生（签名）： 年 月 日</p>				

备 注	
体 检 结 论	<p>体检结论：</p> <p><input type="checkbox"/> 合格</p> <p><input type="checkbox"/> 不合格，原因：</p> <p>主检医师（签名）： _____ 承担体检工作的医疗机构（盖章）：</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>
体 检 结 论 复 核 意 见	<p>复核意见： <input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格</p> <p>复核人员（签名）： _____ 省级公安机关政治工作部门（盖章）：</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>
说 明	<p>体检项目以现场检查结论为准。</p> <p>此表正反面打印，考生用黑色签字笔填写第1、2页信息，粘贴近期无美颜一寸免冠白底彩色照片。</p> <p>附：考生本人的《普通高等学校招生考生体格检查表》（复印件）。</p>