

体检表（样表）

考生编号：

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	