|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **录用个人病史调查表** | | | | | | | | | |
| 姓 名 |  | | 性 别 |  | 出生年月 | |  | | 二寸免冠照片 |
| 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 |  | | | | |
| 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 |  | | | | | | | | |
| 受检者签字： 体检日期： 年 月 日 | | | | | | | | | |