

# 公安院校公安专业招生体检表

考生号：

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			手机号码			
外 科	身 高	厘米	体 重	千克	医师（签名）：	
	体重指数	千克/米 <sup>2</sup>				
	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：
	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		
	三度单纯性甲状腺肿			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
	少白头			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
	胸廓畸形，脊柱侧弯、驼背			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
	膝内翻股骨内髁间距离和 膝外翻胫骨内髁间距离是否超过 7 厘米			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
	足底弓完全消失的扁平足			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
	影响功能的身体瘢痕			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
	面颈部瘢痕			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
	唇、腭裂或唇裂术后有明显瘢痕			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
	文身			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
	下肢静脉曲张			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
	腋臭			<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）：
	斜 视	<input type="checkbox"/> 共同性内、外斜视超过 15 度 <input type="checkbox"/> 否	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"/> 丧失	医师（签名）：
备 注			
考生确认	本人对以上体检结果无异议。          <div style="text-align: right;">考 生（签名）： 年      月      日</div>		
体检意见	<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格          <div style="text-align: right;">主检医师（签名）： 年      月      日</div>		
体检结论	<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格          <div style="text-align: right;">省级公安机关政工部门（签章）：           <div style="text-align: right;">负责人（签名）： 年      月      日</div> </div>		

附：考生的普通高等学校招生体格检查表（复印件）

# 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		
内分泌系统疾病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		文 身	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
癫 痫	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		其 他	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
考生承诺	本人承诺，以上信息均真实、准确。如有不实，愿承担一切后果。  <div>考 生（签名）：</div> <div>年      月      日</div>					