|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **个人身体健康状况调查表** | | | | | | |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | | 身份证号 |  |
| 出生日期 |  | 民 族 |  | | 电 话 |  |
| 年 龄 |  | 血 型 |  | | 身 高 |  |
| 体 重 |  | 通讯地址 | |  | | |
| **身体健康状况** | | | | | | |
| 非常好 好 一般 | | | | | | |
| **心理健康状况** | | | | | | |
| 健康 良好 一般（备注说明）： | | | | | | |
| **既往慢性病患者情况调查** | | | | | | |
| 是否患有下列“三高”病症？  高血压 糖尿病 血脂异常 **以上均没有** | | | | | | |
| 是否曾被诊断为下列心脏类疾病？  冠心病 脑卒中（中风） 心律失常 风湿性心脏病 **以上均没有** | | | | | | |
| 是否患有经医生诊断的其他慢性疾病  颈椎病 慢性骨关节炎 骨质疏松 慢性胃炎  胃溃疡 病毒性肝炎 尿毒症 恶性肿瘤  甲状腺疾病 慢性肾脏疾病 肺结核 重症支气管哮喘  支气管扩张 重症或难治愈疾病 神经系统疾病 风湿性疾病 **以上均没有** | | | | | | |
| 是否色觉异常  **没有** 有： | | | | | | |
| 是否嗅觉异常  **没有** 有： | | | | | | |
| 是否听觉异常  **没有** 有： | | | | | | |
| 备注：该表格将用作备案存档，请各位如实填写。 | | | | | | |

本人承诺以上内容属实，否则愿承担一切后果。

考生签名\_\_\_\_\_\_\_

2023年 月 日