姓名： 性别： 出生： 年 月 日	近期免冠 一寸彩照
学号： 班级： 专业：	
手机： 培养单位：	

你是否患过下列疾病：患过请用“√”表示； 没患过请用“x”表示

1.1 病毒性肝炎、肺结核、传染性疾病（ ）
1.2 精神障碍、神经系统疾病（ ）
1.3 心血管系统疾病（ ）
1.4 贫血及血液系统疾病（ ）
1.5 急慢性肾炎、其他泌尿系统疾病（ ）
1.6 消化系统疾病（ ）
1.7 糖尿病及其他内分泌系统疾病（ ）
1.8 恶性肿瘤（ ）
1.9 其他慢性病（）

如患过上述疾病，请填写具体病名：

我特此声明：以上我填写的内容正确无误 签名：______________

以上内容由学生填写

w