

## 非公安专业体检项目及具体内容

根据《普通高等学校招生体检工作指导意见》《公务员录用体检通用标准（试行）》《公务员录用体检特殊标准（试行）》和我校招生章程相关要求，报考非公安专业考生持以下表格到二甲及以上医院进行体检。

# 公安院校非公安专业研究生招生体检表

报考编号：

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			联系电话				
既往病史 (此栏由学生如实提供)	本人签字：						
外 科	身 高		厘米	体 重		千克	医师（签名）：
	体重指数		千克/米 <sup>2</sup>				
	皮 肤			面 部			医师（签名）：
	颈 部			脊 柱			
	四 肢			关 节			
	其 它						
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 <input type="checkbox"/> 单色				
	其 它						
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				
	其 它						
备 注							
考生确认	本人对上述体检结果无异议。  考生签名：						
体检结论	<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格  主检医师（签名）：  年      月      日						

附：心电图、胸部 X 光片、腹部 B 超、生化检验等项目的检查结果。

生化检查应包含以下项目：尿常规及尿沉渣（离心镜检）检验、血常规（全血细胞分析）、血生化（空腹血糖、天冬氨酸氨基转移酶（AST）、丙氨酸氨基转移酶（ALT）、尿素（BU）、肌酐（CR））

# 本人患病经历和有关情况说明（非公安专业）

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