附件4

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性别 |  | | 出生年月 |  | |
| 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） | | | | | | | | |
| 疾病名称 | 有 | 无 | 治愈时间 | | 疾病名称 | 有 | 无 | 治愈时间 |
| 高血压病 |  |  |  | | 结缔组织病 |  |  |  |
| 冠心病 |  |  |  | | 糖尿病 |  |  |  |
| 风心病 |  |  |  | | 甲亢 |  |  |  |
| 失心病 |  |  |  | | 贫血 |  |  |  |
| 心肌病 |  |  |  | | 癫痫 |  |  |  |
| 半月板韧带疾病 |  |  |  | | 眼椎间盘突出 |  |  |  |
| 支气管哮喘 |  |  |  | | 神经官能症 |  |  |  |
| 肺气肿 |  |  |  | | 吸毒史 |  |  |  |
| 消化性溃疡 |  |  |  | | 急慢性肝炎 |  |  |  |
| 肝硬化 |  |  |  | | 结核病 |  |  |  |
| 胰腺疾病 |  |  |  | | 性传播疾病 |  |  |  |
| 急慢性肾炎 |  |  |  | | 恶性肿瘤 |  |  |  |
| 肾功能不全 |  |  |  | | 严重外伤史 |  |  |  |
| 伤残情况 |  |  |  | | 评残情况 |  |  |  |
| 手术史 | 无 | 有，具体为： | | | | | | |
| 其他病史 | 无 | 有，具体为： | | | | | | |
| **本人承诺以上信息真实有效，并确保本次所查项目均为本人体检，如故意隐瞒将自行承担一切后果。**  **受检本人签字（按手印）：**    年 月 日 | | | | | | | | |

既往病史及伤残情况承诺书