附件 7

既往病史承诺书

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 出生年月 |  |  |
| 籍 贯 |  | 民族 |  | 学历 |  | 政治面貌 |  |
| 身份证号 |  | 身高体重 |  |
| 联系电话 |  | 籍贯 |  |
| 所在院校 |  | 所学专业 |  |
| 家庭住址 |  |
| 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） |
| 病名 | 有 | 无 | 治愈时间 | 病名 | 有 | 无 | 治愈时间 |
| 高血压病 |  |  |  | 糖尿病 |  |  |  |
| 冠心病 |  |  |  | 甲亢 |  |  |  |
| 风心病 |  |  |  | 贫血 |  |  |  |
| 失心病 |  |  |  | 癫痫 |  |  |  |
| 心肌病 |  |  |  | 精神病 |  |  |  |
| 支气管扩张 |  |  |  | 神经官能症 |  |  |  |
| 支气管哮喘 |  |  |  | 吸毒史 |  |  |  |
| 肺气肿 |  |  |  | 急慢性肝炎 |  |  |  |
| 消化性溃疡 |  |  |  | 结核病 |  |  |  |
| 肝硬化 |  |  |  | 性传播疾病 |  |  |  |
| 胰腺疾病 |  |  |  | 恶性肿瘤 |  |  |  |
| 急慢性肾炎 |  |  |  | 手术史 |  |  |  |
| 肾功能不全 |  |  |  | 严重外伤史 |  |  |  |
| 结缔组织病 |  |  |  | 其他 |  |  |  |
| 备注 |  |
| 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 。 受检查人本人签字：年 月 日 |