附件4

|  |
| --- |
| 既往病史承诺书 |
| 姓名 |   | 出生年月 |  | 性别 |  | 电子照片 |
| 学历 |  | 联系电话 |  | 年龄 |  |
| 身份证号码 |  |
| 家庭住址 |  |
| 毕业院校 |  | 专业类别 |  |
| 请本人如实填写下列项目（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 | 是否治愈及治愈时间 | 病名 | 有 | 无 | 是否治愈及治愈时间 |
| 高血压 |  |  |  | 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 |  |  |  | 性传播性疾病 |  |  |  |
| 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，如故意隐瞒由本人承担一切后果。本人签字： 日期： |