附件6

**河南省2022年公安院校公安专业招生体检表**

考生号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 曾用名 | |  | | 性 别 |  | 贴高考准考  证同底照片（或近期一吋照片 |
| 出生日期 | |  | | 政治面貌 | |  | | 民 族 |  |
| 宗教信仰 | |  | | 婚姻状况 | |  | | 籍 贯 |  |
| 文化程度 | |  | | 健康状况 | |  | | 生源地市 |  |
| 身份证号码 | |  | | | | 手机号码 | |  | |
| 外 科 | 身 高 | | 厘米 | | 体 重 | | 千克 | | 医师（签名）： | |
| 体重指数 | | 千克/米2 | | | | | |  | |
| 影响面容且难以治愈的皮肤病（如白癜风、银屑病、血管瘤、斑痣等） | | | | | | | | | □ 是 □ 否 |
| 外观存在明显疾病特征（如五官畸形、不能自行矫正的斜颈等） | | | | | | | | | □ 是 □ 否 |
| 三度单纯性甲状腺肿 | | | | | | | | | □ 是 □ 否 |
| 少白头 | | | | | | | | | □ 是 □ 否 |
| 胸廓畸形，脊柱侧弯、驼背 | | | | | | | | | □ 是 □ 否 |
| 膝内翻股骨内髁间距离或者膝外翻胫骨内髁间距离超过7厘米 | | | | | | | | | □ 是 □ 否 |
| 足底弓完全消失的扁平足 | | | | | | | | | □ 是 □ 否 |
| 影响功能的身体瘢痕 | | | | | | | | | □ 是 □ 否 |
| 面颈部瘢痕 | | | | | | | | | □ 是 □ 否 |
| 唇、腭裂或唇裂术后有明显瘢痕 | | | | | | | | | □ 是 □ 否 |
| 文身 | | | | | | | | | □ 是 □ 否 |
| 下肢静脉曲张 | | | | | | | | | □ 是 □ 否 |
| 腋臭 | | | | | | | | | □ 是 □ 否 |
| 医师意见： | | | | | | | | 医师（签名）： | |
|  | | | | | | | |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 内 科 | 血 压 | / mmHg | 医师（签名）： |
| 心 率 | 次/分 |  |
| 耳鼻科 | 听 力 | 左耳： 右耳： | 医师（签名）： |
| 嗅 觉 | □ 正常 □ 迟钝 □ 丧失 | 医师（签名）： |
| 眼 科 | 裸眼视力 | 左眼： 右眼： | 医师（签名）： |
| 色 觉 | □ 正常 □ 色弱 □ 色盲 | 医师（签名）： |
| 斜 视 | □ 共同性内、外斜视超过15度 □ 否 | 医师（签名）： |
| 视功能 | □ 明显视功能损害眼病 □ 否 |
| 备 注 |  | | |
| 省级以上公安机关确定的其他不合格情形： | | |
|  | | |
|  | | |
| 影响考生接受公安院校教育和从事公安工作的其他严重疾病： | | |
|  | | |
|  | | |
| 严重疾病史以及治疗治愈情况： | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| 医师意见： | | 医师（签名）： |
|  | |  |
| 考生承诺及结果确认 | 本人承诺，未通过服用药物、使用器械等手段（如服用降血压药物、佩戴角膜塑形镜、使用拉伸增高器械等）弄虚作假，干扰体检结果。若存在上述情况，则体检结论为不合格，自愿承担取消公安院校公安专业投档录取资格、取消入学资格、取消学籍等后果。  本人对以上体检结果无异议。  考 生（签名）：  年 月 日 | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 审 核 情 况 |  |
| 参考高考体检表等材料对考生申报的患病经历等进行审查的情况： |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 审核意见： □ 合格 □ 不合格 |
|  |
| 审核医师（签名）： |
| 年 月 日 |
|  |
| 体 检 意 见 |  |
| 体检意见： □ 合格 □ 不合格 |
|  |
|  |
| 主检医师（签名）： 承担体检工作的医疗机构（签章）： |
|  |
| 年 月 日 |
|  |
| 体 检 结 论 |  |
| 体检结论： □ 合格 □ 不合格 |
|  |
|  |
| 负责同志（签名）： 省公安厅招生领导小组办公室（签章）： |
|  |
| 年 月 日 |
|  |

注：现场体检项目，以现场体检结果为准。

附：考生的普通高等学校招生体格检查表（复印件）。