**首都医科大学附属北京天坛医院标准化病人申请表**

1. 姓名: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_性别: □男 □女 年龄: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. 省份: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 城市: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. 住址: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. 邮编: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 手机: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. 工作电话: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 住宅电话: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. 电子邮箱: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. 当前或既往的职业: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
8. 文化程度: □小学 □初中 □高中 □大学 □研究生及以上，
9. 您是否是中华人民共和国公民？□是 □否
10. 出生日期: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_民族: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
11. 身高（大约）: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 体重（大约）: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
12. 您是否抽烟？□是 □否 □曾经
13. 您是否饮酒？□是 □否

如果是，饮酒量：□偶尔 □少量 □一般 □酗酒

1. 您是否听说过标准化病人？□是 □否

如果是，通过何种途径了解：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. 您以前是否当过标准化病人？□是 □否

如果是，在哪里从事过标准化病人？\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. 您为什么对标准化病人项目感兴趣？

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. 您目前是否因健康问题或疾病而正在接受治疗，请具体列举：

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. 您是否有任何创伤，不规律或者特殊的医疗情况，能够增强或妨碍你表演特地病人角色的能力，请具体说明：

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. 您是否有文身或者穿环？

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. 您过去到医院的就诊经历包括：□门诊 □住院 □手术
2. 就诊的医院包括哪些：

□社区县级卫生服务中心 □区级医院 □省市级医院

1. 您是否允许受训者对您进行无创伤的体格检查？

□是 □否

1. 您哪些时间段可用于接受训练或测试？

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. 本校学生里是否有您的亲属？\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

或本校学生里是否有您的密友\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

我申明在本招聘申请表上填写的所有信息都是真实的，并且是按我的知识所能够填写最完整的。我理解院方会核查我所填写的信息。

签名\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 日期\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_