

姓名 _____ 性别 _____ 类别 _____ 填表日期 _____

病史调查表

请受检者如实填写病史，如存在相关病史请在□内打勾，因隐瞒病史造成的结果由本人承担。

01. 颅脑疾病（外伤、畸形、手术史等） <input type="checkbox"/>	02. 习惯性脱位（关节脱位≥2次） <input type="checkbox"/>	03. 腰椎间盘突出 <input type="checkbox"/>
04. 强直性脊柱炎 <input type="checkbox"/>	05. 半月板损伤 <input type="checkbox"/>	06. 骨折史、外伤史、手术史 <input type="checkbox"/>
07. 银屑病等难治性皮肤病 <input type="checkbox"/>	08. 不洁性接触或同性性伴接触史 <input type="checkbox"/>	09. 高血压病 <input type="checkbox"/>
10. 心动过速史 <input type="checkbox"/>	11. 心脏病史 <input type="checkbox"/>	12. 支气管扩张、哮喘等慢性呼吸系统疾病 <input type="checkbox"/>
13. 气胸史 <input type="checkbox"/>	14. 肺结核及其他结核病史 <input type="checkbox"/>	15. 急慢性肝炎、消化道溃疡胰腺炎等消化系统疾病 <input type="checkbox"/>
16. 急慢性肾炎等泌尿系统疾病 <input type="checkbox"/>	17. 贫血、过敏性紫癜等血液系统疾病 <input type="checkbox"/>	18. 系统性红斑狼疮、痛风等免疫性疾病 <input type="checkbox"/>
19. 甲亢、甲减等内分泌系统疾病 <input type="checkbox"/>	20. 糖尿病等代谢性疾病 <input type="checkbox"/>	21. 传染性疾病（含性病） <input type="checkbox"/>
22. 癫痫等神经系统疾病 <input type="checkbox"/>	23. 梦游、酒精依赖、吸毒 <input type="checkbox"/>	24. 精神类疾病及精神类疾病家族史 <input type="checkbox"/>
25. 梅尼埃病、耳石症、眩晕症等 <input type="checkbox"/>	26. 屈光手术史 <input type="checkbox"/>	27. 佩戴OK镜 <input type="checkbox"/>
28. 恶性肿瘤病史（含白血病等） <input type="checkbox"/>	29. 输血史 <input type="checkbox"/>	30. 过敏史 <input type="checkbox"/>

其他不适宜军队人员的身体情况

如有上述病史请标明序号并请进一步说明诊断时间、治疗情况（服用药物名称、手术名称及手术时间）、是否治愈（治愈时间）等：

例如：06. 骨折史、外伤史、手术史：2014年8月诊断胫骨骨折，经髓外固定手术复位，术后痊愈，目前活动良好。

本人承诺上述信息真实准确！

本人承诺签名：_____