

病史调查表

姓名:

性别:

身份证号:

填表日期:

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

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：

本人承诺上述信息真实准确！

本人承诺签名：