

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）□

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. 急性慢性肝炎、消化道溃疡胰腺炎等消化系统疾病□

16. 急性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. 梅尼埃病、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：

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：