

姓名： 性别： 身份证号： 填表日期： 年 月 日

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.精神类疾病急精神类疾病家族史□
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：		