

海军招飞体检病史调查表

姓名		出生年月		性别		联系电话	
学校						身份证号码	
调查内容	是否有下列情况（请用黑色中性笔将相应“□”涂成“■”）						
	有 无			有 无			
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 先天性或风湿性心脏病、冠心病、肺心病、心肌病等心脏病史。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2 原发性高血压、继发性高血压等高血压病病史。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3 肺结核、结核性胸膜炎及其病史。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4 慢性支气管炎、支气管哮喘、肺气肿等呼吸道系统疾病及其病史。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5 慢性胃炎、胃溃疡、十二指肠溃疡等胃肠疾病及其病史。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6 肝炎及其病史。（甲、乙、丙、戊哪类？） <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 7 慢性细菌性痢疾、流行性出血热及其病史。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 8 贫血、出血性疾病（如“紫癜”）等血液系统疾病及其病史。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 9 甲亢、糖尿病、风湿、类风湿等内分泌、风湿免疫系统疾病及其病史。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 10 四肢、脊柱、头颅等部位骨折、关节脱臼、头颅摔伤史。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 11 颈、腰、腿及关节慢性疼痛史。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 12 脱肛或大便带血、血尿。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 13 手术史。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 14 受过严重外伤、做过内眼手术。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 15 夜盲史。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 16 接受过角膜屈光矫正手术或OK镜治疗史。			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 17 角膜炎、虹膜睫状体炎及其病史。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 18 眼底病及其病史。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 19 斜视、翼状胬肉等外眼手术病史。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 20 晕厥及晕厥前状态史。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 21 癫痫、昏迷史。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 22 脑炎、脑膜炎病史。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 23 外伤所致神经损伤。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 24 梦游史。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 25 精神病病史。（本人及父系、母系三代亲属何时何医院诊断） <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 26 10岁后遗尿病史。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 27 长期头痛、头晕病史。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 28 晕车、晕船及病史。（时间、严重程度、发作次数、有无复发） <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 29 眩晕史。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 30 长期耳鸣史。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 31 反复鼻出血史。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 32 中耳炎病史。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 33 慢性扁桃体炎病史。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 34 过敏性鼻炎病史。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 35 声音嘶哑。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 36 其他遗传病（如“蚕豆病”）病史。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 37 其他病史。			
备注							
家长确认签字	上述情况填写属实。如有不符之处，愿承担一切责任，恪守诚信。 家长签字（盖章） 年 月 日						
填写说明	1 学校：填写 XX 省 XX 市 XX 中学。 2 如有病史调查中的任何情况，需在“备注”栏内详细描述：发病（受伤）时间、症状（受伤部位）、就诊医院、诊断、检查情况、治疗过程（含手术）、恢复情况、有无复发等。 3 如有其他病史，需在“备注”栏内详细描述。 4 原始病史与此调查表不符合而涉及标准者，按招飞办有关规定处理。 5 本调查表 不得涂改 ，填写如有不实之处，责任自负。 6 如有家长无法签字的情况，可由亲属或学生本人代签。 7 此表参加检测时由本人携带交至体检科。						