

# 病史调查表

此表由承检医疗机构在体检开始前发至每名受检者，体检结束后逐一回收。  
 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。

1. 外伤、畸形、手术史等颅脑疾病□	2. 习惯性脱位（关节脱位≥2次）□	3. 腰椎间盘突出□
4. 强直性脊柱炎□	5. 半月板损伤□	6. 骨折史、外伤史、手术史□
7. 银屑病等难治性皮肤病	8. 不洁性接触或者同性性伴接触史□	9. 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. 梅尼埃病、耳石症、眩晕症等□	26. 屈光手术史□	27. 佩戴OK镜□
28. 恶性肿瘤史（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：6. 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：

20\_ \_年\_ \_月\_ \_日