附件3

病史调查表

江西 省（市、区） 县（市、区） 身份证号

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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:  20 年 月 日 | | |