



海军招飞医学选拔病史调查表

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、心肌病等心脏病及其病史。 <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、肺气肿或气胸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（如过敏性紫癜）等血液系统疾病及其病史。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 9 甲亢、甲减、糖尿病等内分泌系统疾病及其病史。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 10 风湿、类风湿疾病及其病史。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 11 四肢、脊柱、头颅等部位骨折、关节脱臼、头颅摔伤史或其它严重外伤史。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 12 颈、腰、腿及关节慢性疼痛史。			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 13 脱肛或大便带血、血尿。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 14 手术史。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 15 接受过角膜屈光矫正手术或OK镜治疗史。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 16 眼底病及其病史。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 17 晕厥史或昏迷史。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 18 本人、父母或亲生兄弟姐妹癫痫病史。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 19 脑炎、脑膜炎病史。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 20 外伤所致神经损伤。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 21 梦游史。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 22 精神病病史。（本人及父系、母系三代亲属） <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 23 10岁后遗尿病史。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 24 长期头痛、头晕病史。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 25 晕车、晕船及其病史。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 26 反复鼻出血史。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 27 中耳炎病史。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 28 过敏性鼻炎病史。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 29 其它遗传病（如蚕豆病）病史。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 30 其他病史。			
详细情况说明							
备注	以上所提疾病及病史，一般指到二甲及以上等级医院有过明确诊断或治疗的。需在参加全检定选时提供相关病历资料。						
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。 （家长若认可此内容，请将上方文字抄写一遍并签字按手印） _____ 家长（监护人）确认签字并按手印： 年 月 日						
填写说明	1 学校：填写 XX 省 XX 市 XX 中学。 2 如无以上30条中相关情况，请在“详细情况说明”栏中填写“确认无上述病史”；如有以上30条中相关情况或其它未涉及但需要说明的情况，请在“详细情况说明”栏内具体写明。 3 “详细情况说明”内容须包含：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。 4 原始病史与此调查表不符合而涉及标准者，按有关规定处理。 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。 （代签即表明已与家长沟通明确，家长承认所填内容真实性） 7 此表参加检测时由本人携带交至体检科。						