病史(手术史)情况调查表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 项目(若有相关情况请备注栏注明) | 是 | 否 | 备注 |
| 1 | 是否有近视准分子激光、视网膜疾病手术史，如有请注明手术时间 |  |  |  |
| 2 | 是否有膝关节半月板损伤、颈椎和腰椎间盘突出等病史 |  |  |  |
| 3 | 是否有慢性腰腿痛、关节痛，或者外伤史、骨折史 |  |  |  |
| 4 | 全身骨关节部位是否有手术疤痕，如有请注明相应病史 |  |  |  |
| 5 | 面部、身体是否有文身、疤痕、色素痣、血管痣、白癜风等 |  |  |  |
| 6 | 是否有胸、腹腔手术史，是否有阑尾炎、腹股沟疝、股 疝等手术史，如有请注明时间 |  |  |  |
| 7 | 是否有经常头痛、头晕，晕厥史，眩晕病，重度晕车、晕船史 |  |  |  |
| 8 | 是否经常心口痛、胸闷、拉肚子、吐酸水、咳嗽、便血；贫血 |  |  |  |
| 9 | 是否有高血压，心脏病，血管疾病，肾炎 |  |  |  |
| 10 | 是否患过严重的慢性肠胃疾病、肝脏、胆囊、脾脏、胰腺疾病 |  |  |  |
| 11 | 是否有慢性支气管炎、支气管扩张，哮喘，肺大泡，气胸及气胸史 |  |  |  |
| 12 | 与人交谈是否能闻到腋下有异味 |  |  |  |
| 13 | 是否有失眠、癫痫、结核、梦游、夜盲症、遗尿症等病史 |  |  |  |
| 14 | 是否有抑郁症、精神分裂症、癔症等精神类疾病病史 |  |  |  |
| 15 | 直系亲属是否患有传染病、癫痫、精神病、其他神经系 统疾病及后遗症 |  |  |  |
| 16 | 是否有其他不适宜服兵役的疾病史 |  |  |  |
| 根据本人实际情况，请在相应表格中打“ √ ”,若有相关情况，请在备注栏中具体说明 | | | | |

**以上调查结果，本人确保真实，如有隐瞒责任自负**

**承诺人：** **年** **月**

**调查人：** **年** **月**