

## 应征公民病史调查表

姓名		性别		年龄		照片		
民族		学历		政治面貌				
身份证号码								
应征地				联系电话	本人： 父母：			
<p>是否有下列情况：（有者请在□内打“√”，没有的请在□内打“×”）：</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/>1. 先天性或风湿性心脏病、冠心病、肺心病、心肌炎等心脏疾病。  <input type="checkbox"/>2. 风湿、类风湿疾病及其病史。  <input type="checkbox"/>3. 肺结核、结核性胸膜炎及其病史。  <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"/>5. 慢性胃炎，胃、十二指肠溃疡等胃肠疾病及其病史。  <input type="checkbox"/>6. 肝炎及其病史，其他血液或免疫类疾病。  <input type="checkbox"/>7. 慢性细菌性痢疾、流行性出血热及其病史。  <input type="checkbox"/>8. 四肢、脊柱、头颅等部位骨折、关节脱臼、头颅摔伤史。  <input type="checkbox"/>9. 颈、腰、腿及关节慢性疼痛史。  <input type="checkbox"/>10. 脱肛或大便带血、血尿。  <input type="checkbox"/>11. 慢性病，近1年内经常生病影响学习或劳动。  <input type="checkbox"/>24. 经常性头痛、头晕，晕厥及晕厥前状态史，眩晕史，重度晕车、晕船史。  <input type="checkbox"/>25. 其他不适宜服兵役的疾病史。                 </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/>12. 受过严重外伤，做过内眼手术。  <input type="checkbox"/>13. 夜盲史。  <input type="checkbox"/>14. 接受过角膜屈光矫正手术或ok镜治疗。  <input type="checkbox"/>15. 家族成员中有青光眼患者。  <input type="checkbox"/>16. 梦游史。  <input type="checkbox"/>17. 癫痫、昏迷史。  <input type="checkbox"/>18. 脑、脊髓及周围神经损伤。  <input type="checkbox"/>19. 精神病史（本人及父系、母系三代亲属何时何医院诊断）。  <input type="checkbox"/>20. 吸毒，性病及性传播疾病，皮肤病。  <input type="checkbox"/>21. 糖尿病史。  <input type="checkbox"/>22. 耳鸣史。  <input type="checkbox"/>23. 手术史。                 </td> </tr> </table>							<input type="checkbox"/> 1. 先天性或风湿性心脏病、冠心病、肺心病、心肌炎等心脏疾病。 <input type="checkbox"/> 2. 风湿、类风湿疾病及其病史。 <input type="checkbox"/> 3. 肺结核、结核性胸膜炎及其病史。 <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"/> 5. 慢性胃炎，胃、十二指肠溃疡等胃肠疾病及其病史。 <input type="checkbox"/> 6. 肝炎及其病史，其他血液或免疫类疾病。 <input type="checkbox"/> 7. 慢性细菌性痢疾、流行性出血热及其病史。 <input type="checkbox"/> 8. 四肢、脊柱、头颅等部位骨折、关节脱臼、头颅摔伤史。 <input type="checkbox"/> 9. 颈、腰、腿及关节慢性疼痛史。 <input type="checkbox"/> 10. 脱肛或大便带血、血尿。 <input type="checkbox"/> 11. 慢性病，近1年内经常生病影响学习或劳动。 <input type="checkbox"/> 24. 经常性头痛、头晕，晕厥及晕厥前状态史，眩晕史，重度晕车、晕船史。 <input type="checkbox"/> 25. 其他不适宜服兵役的疾病史。	<input type="checkbox"/> 12. 受过严重外伤，做过内眼手术。 <input type="checkbox"/> 13. 夜盲史。 <input type="checkbox"/> 14. 接受过角膜屈光矫正手术或ok镜治疗。 <input type="checkbox"/> 15. 家族成员中有青光眼患者。 <input type="checkbox"/> 16. 梦游史。 <input type="checkbox"/> 17. 癫痫、昏迷史。 <input type="checkbox"/> 18. 脑、脊髓及周围神经损伤。 <input type="checkbox"/> 19. 精神病史（本人及父系、母系三代亲属何时何医院诊断）。 <input type="checkbox"/> 20. 吸毒，性病及性传播疾病，皮肤病。 <input type="checkbox"/> 21. 糖尿病史。 <input type="checkbox"/> 22. 耳鸣史。 <input type="checkbox"/> 23. 手术史。
<input type="checkbox"/> 1. 先天性或风湿性心脏病、冠心病、肺心病、心肌炎等心脏疾病。 <input type="checkbox"/> 2. 风湿、类风湿疾病及其病史。 <input type="checkbox"/> 3. 肺结核、结核性胸膜炎及其病史。 <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"/> 5. 慢性胃炎，胃、十二指肠溃疡等胃肠疾病及其病史。 <input type="checkbox"/> 6. 肝炎及其病史，其他血液或免疫类疾病。 <input type="checkbox"/> 7. 慢性细菌性痢疾、流行性出血热及其病史。 <input type="checkbox"/> 8. 四肢、脊柱、头颅等部位骨折、关节脱臼、头颅摔伤史。 <input type="checkbox"/> 9. 颈、腰、腿及关节慢性疼痛史。 <input type="checkbox"/> 10. 脱肛或大便带血、血尿。 <input type="checkbox"/> 11. 慢性病，近1年内经常生病影响学习或劳动。 <input type="checkbox"/> 24. 经常性头痛、头晕，晕厥及晕厥前状态史，眩晕史，重度晕车、晕船史。 <input type="checkbox"/> 25. 其他不适宜服兵役的疾病史。	<input type="checkbox"/> 12. 受过严重外伤，做过内眼手术。 <input type="checkbox"/> 13. 夜盲史。 <input type="checkbox"/> 14. 接受过角膜屈光矫正手术或ok镜治疗。 <input type="checkbox"/> 15. 家族成员中有青光眼患者。 <input type="checkbox"/> 16. 梦游史。 <input type="checkbox"/> 17. 癫痫、昏迷史。 <input type="checkbox"/> 18. 脑、脊髓及周围神经损伤。 <input type="checkbox"/> 19. 精神病史（本人及父系、母系三代亲属何时何医院诊断）。 <input type="checkbox"/> 20. 吸毒，性病及性传播疾病，皮肤病。 <input type="checkbox"/> 21. 糖尿病史。 <input type="checkbox"/> 22. 耳鸣史。 <input type="checkbox"/> 23. 手术史。							
<p>如有以上病史，是否已治愈，详写情况：</p>          								
<p>本人意见（上述情况填写属实。如有隐瞒、不符之处，愿承担一切责任，恪守诚信。）</p>								
<p>是否自愿参军：_____ 本人签名：_____ 年 月 日</p>								