**25级新生学生体质健康调查表**

**尊敬的家长/学生：**

**您好！为了给您的学生提供一个更安全健康的校园环境，学院将对学生身体状况进行一次摸底调查。请您按照实际情况认真填写好表格，此表格内容保密，如因隐瞒情况而发生不良后果者，责任家长自负。**

班级： 姓名：

1．有无身体残疾？有无残疾证？如果有请写上残疾证编号

2．既往有无癫痫病史？正在使用药物治疗吗？如有，请写出使用药物名称。

A．无 口 B．有 口\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3．既往有无过敏史？如有，请写出具体过敏源名称（包括食物和药物以及其它）。

A．无 口 B．有 口 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4．既往有无哮喘病史？药物使用情况如何？如有，请写出药物名称。

A．无 口 B．有 口\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5．既往有无外伤史？如有，请在下面横线中注明。（包括骨折、不同程度的脑震荡等）

A．无 口 B．有 口\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6．既往有无手术史？如有，请写出具体手术名称A．无 口 B．有 口\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7．有无心理疾病病史？正在使用药物治疗吗？如有，请写出药物名称。

A．无 口 B．有 口\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8．除了以上这些你的身体还有其他特殊病史吗？如高血压、心脏病、癫痫、蚕豆病、血友病、地中海贫血等。在军训中有无特殊要求？如有，请在横线中注明。

A．无 口 B．有 口\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

承诺：以上填写的内容均属实，如果因隐瞒相关病情而造成的相关事故责任，均由本人承担。

家长签名：