

病史调查表

病名	有	无	治愈时间	备注	病名	有	无	治愈时间	备注
高血压					糖尿病				
心脏病					甲亢				
支气管扩张					神经官能症				
支气管哮喘					吸毒史				
神经系统疾病					严重消化道疾病				
精神病					结核病				
癫痫					性病				
胰腺疾病					恶性肿瘤				
急慢性肾炎					手术史				
急慢性肝炎					严重关节外伤史				
结缔组织病					严重过敏史				
便血史					腰痛史				

未列举的其他疾病：无 有 疾病名称：

本人已悉知军校招生体检相关规定要求，承诺以上调查内容填写真实，如有故意隐瞒，愿承担一切后果。

考生签名： 体检时间： 年 月 日

考生须对照个人真实情况，逐一在“有”“无”相应空格处打“√”并如实填写有关内容。