请于本申报表如实填写您的健康状况。

本申报表为了让您能安心度过学校生活，教职员需要事先了解大家的健康状况而填写的表格，请尽可能详细填写。

即便提交本申报表，学校也不会为您开药或进行医疗行为等，请见谅。另外，本申报表的使用将做好保密措施，请放心。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. 1. 现在的健康状态如何？请从下列选项中选择。 | | | 非常好  一般  不太好  不好 | |
| 2. 现在是否有因为何种病的治疗而定期去医院吗？ | | | 否  是 | 发病（症）时间： 年月左右  病名：（ ） |
| 3. 现在或者一年内，有无在服用医生开的处方药？ | | | 否  是 | 开药时间： 年 月左右  药物种类：  精神安定药  抗癫痫  哮喘药  其他： |
| 4. 过去5年内有无住院动过手术？ | | | 否  是 | 住院时间 年 月左右  住院理由: （ ） |
| 5. 过去有无以下病症的病史？ | | | 无  有 （请在符合的病症处打勾，并填写详情。） | |
| （1）结核病感染史 | 否  是 | 发病（症）时间：  年月左右 | | 现在状况：  痊愈  服药中 |
| （2）精神病 | 否  是 | 发病（症）时间：  年月左右 | | 抑郁症  焦虑症  恐慌症  注意缺陷障碍（ADD)  注意缺陷多动障碍（ADHD)  其他： |
| （3）包括哮喘等的过敏疾病 | 否  是 | 发病（症）时间：  年月左右 | | 事物  药  化学制品  其他： |
| （4）疟疾及其他传染病 | 否  是 | 发病（症）时间：  年月左右 | | 名称： |
| （5）糖尿病 | 否  是 | 发病（症）时间：  年月左右 | |  |
| （6）其他 | 否  是 | 发病（症）时间：  年月左右 | | 现在状况：  痊愈  服药中 |
| 6. 关于预防接种，至今是否有接种史？ | | BCG  M.M.R.  脊髓灰质炎  麻疹  风疹  白喉  破伤风  脑膜炎  其他： | | |
| 7. 有无特殊食物疗法或食物限制等？ | | 无  有 | | 时间： 年月左右  理由：（ ） |
| 8. 关于您的健康状况，若有需要事先知会学校的请在此处填写。 | | | | |

上述内容全部属实。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人签字: |  |  | 日期: | 年/ 月/ 日/ |