上海退役军人学院职业训练营个人健康信息申报

**姓名： 专业： 联系方式：**

**个人健康征询内容（是打✓，否打🗶）**

您近期是否正在服用抗生素或其他抗感染的药物？🞏

***•如果您不存在上述健康问题，请继续完成下列问答：***

1. ***近五天内***是否服用治疗剂量的阿司匹林类药物？🞏
2. ***近一周内***是否患感冒或有咳嗽、咽痛、发热、流涕？🞏
3. ***近一周内***是否患急性胃肠炎或有腹痛、腹泻？🞏
4. ***近半月内***是否拔牙或做其他小手术？🞏
5. ***近一个月内***是否患过急性泌尿系感染或有小便时疼痛、小便次数明显增多？🞏

6．***近28天内***是否捐献过单采血小板？🞏

***•近三个月内***

7．是否有原因不明的消瘦、持续性发热、腹泻不止、淋巴结肿大？🞏

8．是否患过肺炎？🞏

9．是否做过阑尾切除、疝修补、扁桃体手术？🞏

***•近半年内***

1. 是否患过痢疾？🞏

***•近一年内***

1. 您是否接受过狂犬疫苗注射？🞏
2. 您是否曾被血液污染的器材致伤或者污染伤口? 🞏
3. 您是否患过伤寒？🞏
4. 您是否纹身？🞏
5. 您是否接受动物血清免疫注射或其他预防接种？🞏如有：请继续填写下列内容：

注射疫苗种类\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

接种时间\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

接种原因\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***•近五年内：***

1. 是否曾经输注血液或血液成分？🞏

***•过去：***

1. 是否曾做过较大手术？如果做过，是在何时：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_何种手术：\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. 是否患有角膜炎、虹膜炎、视神经炎或眼底变化的高度近视？🞏
3. 您是否曾被诊断患过肝炎或血液检测发现携带肝炎病毒？🞏

如有，请继续：哪一种肝炎\_\_\_\_\_\_\_\_\_：什么时间\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. 您是否曾经患有结核病？🞏
2. 是否患有良性肿瘤？如有，请继续：是哪一种？\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_；什么时间?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. 您是否接受过器官、组织或骨髓移植？🞏
4. 您是否患过麻风病？🞏
5. 是否患有高血压、心脏病、肺病、肾病、肝病或血液病？🞏
6. 是否有晕厥、癫痫、癔病、意识丧失或精神分裂症？🞏
7. 是否长期或反复患有过敏性疾病、如支气管哮喘等？🞏
8. 是否患有严重的胃或十二指肠球部溃疡病？🞏
9. 是否患有慢性皮肤病或皮肤感染如牛皮癣等？🞏
10. 是否患有甲亢、甲减、糖尿病？🞏
11. 是否患有皮肌炎、系统性红斑狼疮等疾病？🞏
12. 您是否并诊断为患有寄生虫病（如黑热病、血吸虫病、肺吸虫病等）或地方病（如克山病等）患者？🞏
13. 您是否患有尘肺及慢性中毒等职业病？🞏
14. 是否有除上述以外的其他疾病或情况？🞏

如有，请描述：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. 关于输血相关流行疾病疫区（国家）的旅行情况\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_🞏
2. 是否已经完成新冠疫苗接种🞏

**本人已认真阅读并对上述“个人健康信息申报”中所提供信息的真实性负责，愿意承担由于信息虚假所造成一切后果。特此声明。**

**签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**