

# 个人健康证明

姓名		性别		出生年月日	
身份证/回乡证/台胞证号码					
身高		体重		视力	
辨色力		听力		血压	
心肺		肝脾		外科	
病史信息	<p>是否患过以下疾病或有以下情况（“患过/有”请打“√”，“没患过/无”请打“×”）：</p> <div><div><input type="checkbox"/> 肝炎</div><div><input type="checkbox"/> 肺结核</div><div><input type="checkbox"/> 其他传染病</div><div><input type="checkbox"/> 精神神经疾病</div><div><input type="checkbox"/> 手术或外伤史</div><div><input type="checkbox"/> 心脏血管疾病</div><div><input type="checkbox"/> 消化系统疾病</div><div><input type="checkbox"/> 肾炎泌尿系统疾病</div><div><input type="checkbox"/> 贫血及血液系统疾病</div><div><input type="checkbox"/> 糖尿病及内分泌疾病</div><div><input type="checkbox"/> 恶性肿瘤</div><div><input type="checkbox"/> 其他慢性疾病</div></div> <p>以上填写“√”的，请详细描述：_____</p>				
过敏史 流行病学史 家族病史	<p>是否有以下情况（“是”请打“√”，“否”请打“×”）：</p> <div><input type="checkbox"/> 对食物、药物和物品过敏？</div> <div><input type="checkbox"/> 近期是否前往过疫区或接触过传染病人？</div> <div><input type="checkbox"/> 家族中是否有遗传性重大疾病？</div> <p>以上填写“√”的，请详细描述：_____</p>				
计划免疫接种史	<div><div>水痘</div><div><input type="checkbox"/> 接种过<input type="checkbox"/> 没有接种<input type="checkbox"/> 不知道</div></div> <div><div>卡介苗</div><div><input type="checkbox"/> 接种过<input type="checkbox"/> 没有接种<input type="checkbox"/> 不知道</div></div> <div><div>灰髓炎</div><div><input type="checkbox"/> 接种过<input type="checkbox"/> 没有接种<input type="checkbox"/> 不知道</div></div> <div><div>乙肝</div><div><input type="checkbox"/> 接种过<input type="checkbox"/> 没有接种<input type="checkbox"/> 不知道</div></div> <div><div>麻疹</div><div><input type="checkbox"/> 接种过<input type="checkbox"/> 没有接种<input type="checkbox"/> 不知道</div></div> <div><div>百白破</div><div><input type="checkbox"/> 接种过<input type="checkbox"/> 没有接种<input type="checkbox"/> 不知道</div></div> <p>其他情况：_____</p>				
其他	需要长期服药或存在临时突发风险的病症：				
医疗机构签章	<p>以上填写内容真实无误。_____（姓名）身体健康，适合2024年春季学期的异地交换学习。</p> <p>医疗机构名称及签章：</p> <p>日期：</p>				