**体能测试学生身体状况自查报告表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 测试组别 |  | 身份证号 |  |
| **所患疾病类别（如有请打“√”）** |
| **类别** | **有/无** | **类别** | **有/无** |
| 呼吸系统疾病（如哮喘、气胸、肺炎等） |  | 心血管系统疾病（如心肌炎、心肌病、心律失常等心脏病，高血压病等） |  |
| 消化系统疾病（如消化性溃疡、消化道出血、炎症性肠病等） |  | 泌尿系统疾病（如急慢性肾炎、肾病、尿毒症等） |  |
|  血液系统疾病（如白血病、再生障碍性贫血等） |  | 先天性疾病（如先天性心脏病、先天性汗腺缺乏症等） |  |
| 免疫系统疾病（如系统性红斑狼疮、类风湿关节炎等） |  | 代谢系统疾病（如糖尿病、甲状腺功能亢进症等） |  |
| 运动系统疾病（如骨、关节、软组织疾病等） |  | 神经、精神系统疾病（如癫痫、抑郁症、精神分裂症等） |  |
| 皮肤科疾病（如光过敏性皮炎、严重痤疮、白化病等） |  | 五官科疾病（如高度近视、视网膜脱落、视网膜黄斑变性、人工耳蜗植入等） |  |
| 传染病史（如肝炎、结核病等） |  | 外伤史、手术史（是否减训，请遵医嘱） |  |
| 上述内容可能无法涵盖所有情况。未尽情况，请遵医嘱 |
| **其他需要告知的情况** |
| 疾病名称 |  |
| 首次确诊时间 |  | 地点 |  |
| 最近一次就诊时间 |  | 地点 |  |
| 目前病情（并请说明正在进行的治疗方式、医嘱注意事项等）： |
| **本人承诺以上所填信息均属实。** 学生签名： 日期： |

注：参加体能测试的学生到校后，把此表交给分组的领队老师。