**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。