

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> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 肝炎</td> <td><input type="checkbox"/> 肺结核</td> <td><input type="checkbox"/> 其他传染病</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 精神神经疾病</td> <td><input type="checkbox"/> 手术或外伤史</td> <td><input type="checkbox"/> 心脏血管疾病</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 消化系统疾病</td> <td><input type="checkbox"/> 肾炎泌尿系统疾病</td> <td><input type="checkbox"/> 贫血及血液系统疾病</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 糖尿病及内分泌疾病</td> <td><input type="checkbox"/> 恶性肿瘤</td> <td><input type="checkbox"/> 其他慢性疾病</td> </tr> </table> <p>以上填写“√”的，请详细描述： _____</p>					<input type="checkbox"/> 肝炎	<input type="checkbox"/> 肺结核	<input type="checkbox"/> 其他传染病	<input type="checkbox"/> 精神神经疾病	<input type="checkbox"/> 手术或外伤史	<input type="checkbox"/> 心脏血管疾病	<input type="checkbox"/> 消化系统疾病	<input type="checkbox"/> 肾炎泌尿系统疾病	<input type="checkbox"/> 贫血及血液系统疾病	<input type="checkbox"/> 糖尿病及内分泌疾病	<input type="checkbox"/> 恶性肿瘤	<input type="checkbox"/> 其他慢性疾病												
<input type="checkbox"/> 肝炎	<input type="checkbox"/> 肺结核	<input type="checkbox"/> 其他传染病																											
<input type="checkbox"/> 精神神经疾病	<input type="checkbox"/> 手术或外伤史	<input type="checkbox"/> 心脏血管疾病																											
<input type="checkbox"/> 消化系统疾病	<input type="checkbox"/> 肾炎泌尿系统疾病	<input type="checkbox"/> 贫血及血液系统疾病																											
<input type="checkbox"/> 糖尿病及内分泌疾病	<input type="checkbox"/> 恶性肿瘤	<input type="checkbox"/> 其他慢性疾病																											
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> <p><input type="checkbox"/> 对食物、药物和物品过敏？</p> <p><input type="checkbox"/> 近期是否前往过疫区或接触过传染病人？</p> <p><input type="checkbox"/> 家族中是否有遗传性重大疾病？</p> <p>以上填写“√”的，请详细描述： _____</p>																												
计划免疫接种史	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td>水痘</td> <td><input type="checkbox"/> 接种过</td> <td><input type="checkbox"/> 没有接种</td> <td><input type="checkbox"/> 不知道</td> <td>乙肝</td> <td><input type="checkbox"/> 接种过</td> <td><input type="checkbox"/> 没有接种</td> <td><input type="checkbox"/> 不知道</td> </tr> <tr> <td>卡介苗</td> <td><input type="checkbox"/> 接种过</td> <td><input type="checkbox"/> 没有接种</td> <td><input type="checkbox"/> 不知道</td> <td>麻疹</td> <td><input type="checkbox"/> 接种过</td> <td><input type="checkbox"/> 没有接种</td> <td><input type="checkbox"/> 不知道</td> </tr> <tr> <td>灰髓炎</td> <td><input type="checkbox"/> 接种过</td> <td><input type="checkbox"/> 没有接种</td> <td><input type="checkbox"/> 不知道</td> <td>百白破</td> <td><input type="checkbox"/> 接种过</td> <td><input type="checkbox"/> 没有接种</td> <td><input type="checkbox"/> 不知道</td> </tr> </table> <p>其他情况： _____</p>					水痘	<input type="checkbox"/> 接种过	<input type="checkbox"/> 没有接种	<input type="checkbox"/> 不知道	乙肝	<input type="checkbox"/> 接种过	<input type="checkbox"/> 没有接种	<input type="checkbox"/> 不知道	卡介苗	<input type="checkbox"/> 接种过	<input type="checkbox"/> 没有接种	<input type="checkbox"/> 不知道	麻疹	<input type="checkbox"/> 接种过	<input type="checkbox"/> 没有接种	<input type="checkbox"/> 不知道	灰髓炎	<input type="checkbox"/> 接种过	<input type="checkbox"/> 没有接种	<input type="checkbox"/> 不知道	百白破	<input type="checkbox"/> 接种过	<input type="checkbox"/> 没有接种	<input type="checkbox"/> 不知道
水痘	<input type="checkbox"/> 接种过	<input type="checkbox"/> 没有接种	<input type="checkbox"/> 不知道	乙肝	<input type="checkbox"/> 接种过	<input type="checkbox"/> 没有接种	<input type="checkbox"/> 不知道																						
卡介苗	<input type="checkbox"/> 接种过	<input type="checkbox"/> 没有接种	<input type="checkbox"/> 不知道	麻疹	<input type="checkbox"/> 接种过	<input type="checkbox"/> 没有接种	<input type="checkbox"/> 不知道																						
灰髓炎	<input type="checkbox"/> 接种过	<input type="checkbox"/> 没有接种	<input type="checkbox"/> 不知道	百白破	<input type="checkbox"/> 接种过	<input type="checkbox"/> 没有接种	<input type="checkbox"/> 不知道																						
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 style="text-align: center;">以上填写内容真实无误。 _____ (姓名) 身体健康，适合 2024年秋季学期的异地交换学习。</p> <p style="text-align: center;">医疗机构名称及签章：</p> <p style="text-align: center;">日期：</p>																												