



## 个人史申报表

姓名 \_\_\_\_\_ 性别 \_\_\_\_\_ 出生日期 \_\_\_\_\_

疾病史（如有受伤史或精神疾病史也请如实申报）：有  无

手术史：有  无

住院史：有  无

过敏史：有  无

目前是否在长期使用某类药物：有  无

是否因疾病无法参加所有体育运动：是  否

身上是否有纹身或疤痕：有  无

是否佩戴眼镜：否  是 ：隐形眼镜  框架眼镜

父母的疾病史：有  无

以下问题仅针对女性：

月经初潮年龄 \_\_\_\_\_，每次月经持续 \_\_\_\_\_ 天，周期 \_\_\_\_\_ 天，有无经期不适：有  无

如在上述问题中选择“有”或“是”，请在此详细说明：

---

---

**\*本人申明以上提供的信息都是真实的。**

申请人/监护人签名： \_\_\_\_\_

日期： \_\_\_\_\_