

附件 2

空军招飞定选参检考生健康情况申报表

姓 名		性 别		身份证号	
学校名称		学校驻地 (省市)		家庭常住 地(省市)	
近 14 天生 活轨迹 (主要活 活动地点等)					
赴成都交 通过程 (乘坐车 次、转接交 通工具等)					
本人或密 切接触者 近 14 天内 是否有发 热、咳嗽等 症状	否: <input type="checkbox"/> 是: <input type="checkbox"/> (请详细填写) _____				
本人或密 切接触者 是否有新 冠病例 接触史或 诊断史	否: <input type="checkbox"/> 是: <input type="checkbox"/> (请详细填写) _____				
本人确认 签名	本人签名:		联系电话:		
			年 月 日		
居(村)委 会审核意 见	(单位盖章)		年 月 日		

附件 3

空军招飞对象病史调查表

姓名		出生年月		性别		民族		籍贯																													
学校				身份证号码																																	
家庭住址						联系电话																															
调查内容	<p>是否有下列的情况（有的在□内打“√”、没有的请在□内打“×”）：</p> <table border="0"> <tr> <td>□1. 先天性或风湿性心脏病、冠心病、肺心病、心肌炎等心脏疾病。</td> <td>□12. 受过严重外伤、做过内眼手术</td> </tr> <tr> <td>□2. 风湿、类风湿疾病及其病史。</td> <td>□13. 夜盲史。</td> </tr> <tr> <td>□3. 肺结核、结核性胸膜炎及其病史。</td> <td>□14. 接受过角膜屈光矫正手术或 OK 镜治疗。</td> </tr> <tr> <td>□4. 慢性支气管炎、支气管哮喘、肺气肿等呼吸道系统疾病及其病史。</td> <td>□15. 家族成员中有青光眼患者。</td> </tr> <tr> <td>□5. 慢性胃炎、胃、十二指肠溃疡等胃肠疾病及其病史。</td> <td>□16. 晕厥及晕厥前状态史。</td> </tr> <tr> <td>□6. 肝炎及其病史。</td> <td>□17. 癫痫、昏迷史。</td> </tr> <tr> <td>□7. 慢性细菌性痢疾、流行性出血热及其病史。</td> <td>□18. 脑、脊髓及周围神经损伤。</td> </tr> <tr> <td>□8. 四肢、脊柱、头颅等部位骨折、关节脱臼、头颅摔伤史。</td> <td>□19. 梦游史。</td> </tr> <tr> <td>□9. 颈、腰、腿及关节慢性疼痛史。</td> <td>□20. 精神病史（本人及父系、母系三代亲属何时何医院诊断）</td> </tr> <tr> <td>□10. 脱肛或大便带血、血尿。</td> <td>□21. 遗尿病史。</td> </tr> <tr> <td>□11. 手术史。</td> <td>□22. 晕车、晕船史。</td> </tr> <tr> <td></td> <td>□23. 眩晕史。</td> </tr> <tr> <td></td> <td>□24. 耳鸣史。</td> </tr> <tr> <td></td> <td>□25. 鼻出血史。</td> </tr> </table> <p>学生签名（按指印）：_____ 年 月 日</p>									□1. 先天性或风湿性心脏病、冠心病、肺心病、心肌炎等心脏疾病。	□12. 受过严重外伤、做过内眼手术	□2. 风湿、类风湿疾病及其病史。	□13. 夜盲史。	□3. 肺结核、结核性胸膜炎及其病史。	□14. 接受过角膜屈光矫正手术或 OK 镜治疗。	□4. 慢性支气管炎、支气管哮喘、肺气肿等呼吸道系统疾病及其病史。	□15. 家族成员中有青光眼患者。	□5. 慢性胃炎、胃、十二指肠溃疡等胃肠疾病及其病史。	□16. 晕厥及晕厥前状态史。	□6. 肝炎及其病史。	□17. 癫痫、昏迷史。	□7. 慢性细菌性痢疾、流行性出血热及其病史。	□18. 脑、脊髓及周围神经损伤。	□8. 四肢、脊柱、头颅等部位骨折、关节脱臼、头颅摔伤史。	□19. 梦游史。	□9. 颈、腰、腿及关节慢性疼痛史。	□20. 精神病史（本人及父系、母系三代亲属何时何医院诊断）	□10. 脱肛或大便带血、血尿。	□21. 遗尿病史。	□11. 手术史。	□22. 晕车、晕船史。		□23. 眩晕史。		□24. 耳鸣史。		□25. 鼻出血史。
□1. 先天性或风湿性心脏病、冠心病、肺心病、心肌炎等心脏疾病。	□12. 受过严重外伤、做过内眼手术																																				
□2. 风湿、类风湿疾病及其病史。	□13. 夜盲史。																																				
□3. 肺结核、结核性胸膜炎及其病史。	□14. 接受过角膜屈光矫正手术或 OK 镜治疗。																																				
□4. 慢性支气管炎、支气管哮喘、肺气肿等呼吸道系统疾病及其病史。	□15. 家族成员中有青光眼患者。																																				
□5. 慢性胃炎、胃、十二指肠溃疡等胃肠疾病及其病史。	□16. 晕厥及晕厥前状态史。																																				
□6. 肝炎及其病史。	□17. 癫痫、昏迷史。																																				
□7. 慢性细菌性痢疾、流行性出血热及其病史。	□18. 脑、脊髓及周围神经损伤。																																				
□8. 四肢、脊柱、头颅等部位骨折、关节脱臼、头颅摔伤史。	□19. 梦游史。																																				
□9. 颈、腰、腿及关节慢性疼痛史。	□20. 精神病史（本人及父系、母系三代亲属何时何医院诊断）																																				
□10. 脱肛或大便带血、血尿。	□21. 遗尿病史。																																				
□11. 手术史。	□22. 晕车、晕船史。																																				
	□23. 眩晕史。																																				
	□24. 耳鸣史。																																				
	□25. 鼻出血史。																																				
家长确认签名	<p>家长（监护人）确认： 上述情况填写属实。如有不符之处，愿承担一切责任，恪守诚信。</p> <p>家长签字（按指印）：_____ 年 月 日</p>																																				
填写说明	<p>1. 学校：填写全称 XX 省 XX 市 XX 中学。 2. 家庭住址：例：北京市崇文区龙潭北里 X 楼 X 号。 3. 籍贯：填写到市（区）即可。 4. 家长确认签字：有病史者，家长要如实填写情况。例：□11. 手术史。在下方说明：X 年 X 月做过 X 手术，愈后良好，无复发。无病史者，家长填写：“无上述病史”即可。 5. 原始病史与此调查表不符合而涉及标准者，按招飞有关规定处理。 6. 本调查表如有不实之处，责任自负。 7. 学生及家长按要求填写完整信息，参加定选时交回此表。</p>																																				
空军招收飞行学员工作局成都选拔中心						电话：028-85399173																															