成都市红星职业学校特异性体质调查表

尊敬的家长：

为了保证学校组织的各项体育活动正常开展，要求家校配合，全面了解学生体质状况，科学合理地安排学生各项活动。现进行学生特异性体质调查，敬请家长或监护人密切配合调查你的孩子健康状况。孩子如患有或曾经患过疾病，请在附件“成都市红星职业学校特异性体质调查表”中如实填写。

以下各项信息请您务必保证填写的内容真实有效。虚假填报，由此引起的后果学校不予负责。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 班级： | 姓名： | 性别： | | | 出生年月： | |
| 监护人1： | | 联系电话： | | | | |
| 监护人2： | | 联系电话： | | | | |
| 健康状况： | | 曾患何种疾病 | | | |  |
| 相关内容 | | 否 | 是 | 医院诊断疾病名称或过敏物、依赖物名称 | | 医生是否有相关建议 |
| 是否为特种性体质（如过敏等） | |  |  |  | |  |
| 是否患有身体重要器官或组织的器质性疾病、心肌病、脑血管病、肝脏病、肾脏病、肺与支气管病，各种原因哮喘、内分泌病等） | |  |  |  | |  |
| 是否患有血液病（如白血病、严重的贫血性疾病和出血性疾病等） | |  |  |  | |  |
| 是否患有弥漫性结缔组织疾病（如红斑狼疮、皮肌炎、多发性肌炎等） | |  |  |  | |  |
| 是否患有器质性精神障碍；脑器质性精神障碍 | |  |  |  | |  |
| 是否患有严重额神经官能征、夜游征、自闭症、抑郁症、癔病等 | |  |  |  | |  |
| 是否患有传染性（如肺结核、急慢性肝炎） | |  |  |  | |  |
| 是否有意外伤害导致的组织器官损伤和畸形等 | |  |  |  | |  |
| 是否有其他影响正常生活、学习、活动的先天畸形或疾病 | |  |  |  | |  |
| 是否有肌肉、骨骼、韧带、关节疾病或陈旧性损伤等不宜参加竞技运动的其他疾病 | |  |  |  | |  |
| 其他疾病，裸眼视力矫正度数大于或等于600度 | |  | | | | |
| **监护人要求不能参加何种活动** | |  | | | | |
| **需要学校予以保密的信息** | |  | | | | |
| 家长意见 | | | | | | |
| 家长签名  2019年 月 日 | | | | | | |

注：

1. 填写“是”或“否”时在表格中打“√”即可；
2. 填写“疾病名称”和“医生建议”按医院诊断和医生建议填写；填写“监护人要求不能参加何种活动”要以“疾病名称”特点和“医生建议”针对性提要求。