



上海国际旅行医疗保健门诊部
Shanghai International Travel Medical Center



上海国际旅行卫生保健中心
Shanghai International Travel Healthcare Center

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： _____