

# 直接选拔招录军官预选对象体格检查 病史调查表

(眼 科)

本人曾做过屈光不正手术,具体如下(请在“□”内打“√”,并在横线上填写完整): □无      □有

1. 准分子激光手术,手术时间\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日;
2. 角膜塑形(佩戴OK镜)最近时间\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日;
3. 晶状体人工晶状体植入术,手术时间\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日;
4. 透明晶状体摘除合并人工晶体植入术,手术时间\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日;
5. 放射状角膜切开术(PK),手术时间\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日;
6. 后巩膜加固术,手术时间\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日;
7. 巩膜扩展术,手术时间\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日;
8. 其他需要说明的眼部疾病: \_\_\_\_\_。

本人承诺:上述情况均如实填写,没有任何隐瞒。

填写人(签名): \_\_\_\_\_

身份证号: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日