

# 长城人寿保险股份有限公司

## 乳腺疾病问卷

投保单印刷号：

投保人姓名：

被保险人姓名：

1. 您首次得知患乳腺疾病的时间： 年 月 诊断：	
2. 发现方式： <input type="checkbox"/> 正常体检 <input type="checkbox"/> 自觉有症状后检查发现 <input type="checkbox"/> 无意中发现 <input type="checkbox"/> 本次体检发现	
3. 是否有乳腺疼痛？ 疼痛特点： <input type="checkbox"/> 周期性 <input type="checkbox"/> 持续性 <input type="checkbox"/> 与月经周期有关 <input type="checkbox"/> 与哺乳有关	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
4. 是否能触及包块？ 部位： <input type="checkbox"/> 左侧 <input type="checkbox"/> 右侧 <input type="checkbox"/> 双侧 数量_____个 大小_____厘米	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
5. 是否与皮肤及周围组织粘连（是否活动）？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
6. 是否有乳头溢液？ <input type="checkbox"/> 乳汁样 <input type="checkbox"/> 血样 <input type="checkbox"/> 清水样 <input type="checkbox"/> 其他_____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
7. 是否做过乳腺触诊检查、钼靶照相、红外线检查、超声检查、病理检查等？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
8. 是否进行过治疗？ <input type="checkbox"/> 服药治疗 药物名称_____ 用药时间_____ <input type="checkbox"/> 手术治疗 手术名称_____ 手术时间_____ <input type="checkbox"/> 其他治疗 _____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
9. 目前是否仍在治疗？是否被建议或者计划手术治疗？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
10. 是否有隆胸手术史？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
11. 家族成员中是否有乳腺癌患者？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
以上问题如果选“是”，请详细说明并提供相关的病历资料（门诊病历、住院记录及化验检查结果）请说明：	
12. 是否有以上未提及的其他疾病或不适？ 如是，请说明：	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

请提供所有相关病历及检查报告原件。

声明：

1. 本调查问卷是保险合同的重要组成部分，上述告知内容均情况属实，如有不实之处，贵公司有权依法解除保险合同，并对保险合同解除前的保险事故不承担保险责任。
2. 本人授权长城人寿保险股份有限公司就有关保险事宜，可以向任何医生、医院、诊所、保险公司或任何组织机构查询有关本人的资料或索取其他证明。

投保人签字：\_\_\_\_\_

被保人/监护人签字：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日