

长城人寿保险股份有限公司

糖尿病问卷

投保单印刷号：

投保人姓名：

被保险人姓名：

1. 首次得知血糖异常的时间：	年 月	糖尿病的类型是：	<input type="checkbox"/> 1型 <input type="checkbox"/> 2型
2. 发现方式：	<input type="checkbox"/> 正常体检 <input type="checkbox"/> 自觉有症状后检查	<input type="checkbox"/> 因其他原因就诊时发现	
3. 最近两年内测到的空腹血糖最高值是：		最近一次就诊时间：	年 月
4. 是否有多饮、多食、多尿、体重下降、乏力等不适？			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
5. 是否因糖尿病住院治疗过？			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
住院时间_____年_____月 医院_____			
6. 是否服用降糖药物治疗？			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
<input type="checkbox"/> 持续服药 药名_____ 用法及用量_____			
<input type="checkbox"/> 间断服药 药名_____ 用法及用量_____			
7. 是否使用胰岛素治疗？			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
<input type="checkbox"/> 持续治疗 每日用量_____ 使用方法_____			
<input type="checkbox"/> 间断治疗 使用时间从_____年_____月到_____年_____月			
8. 是否进行饮食控制？			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
9. 是否对尿糖及血糖、糖化血红蛋白进行监测？			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
10. 是否患高脂血症、高血压、肾脏疾病、冠心病、脑血管疾病？			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
11. 是否饮酒？饮酒量：	两/日 年	已戒酒 年	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
12. 是否吸烟？吸烟量：	支/日 年	已戒烟 年	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
13. 您的父母、子女、兄弟姐妹中是否有糖尿病患者？			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
14. 是否曾分娩体重超过4公斤的新生儿？			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
15. 是否出现过昏迷？			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
16. 是否出现下列状况： <input type="checkbox"/> 未明原因的蛋白尿 <input type="checkbox"/> 白内障及眼底病变			
<input type="checkbox"/> 下肢及足部不易愈合的溃疡 <input type="checkbox"/> 四肢感觉异常（如麻木、虫爬）			
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：			
17. 是否有以上未提及的其他疾病或不适？			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
如是，请说明：			

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：_____

被保险人/监护人签字：_____

日期：_____年_____月_____日