

长城人寿保险股份有限公司

高血压问卷

投保单印刷号：

投保人姓名：

被保险人姓名：

1. 首次发现血压升高的时间： 年 月 当时的血压值是： / mmHg	
2. 您最近两年内测到的血压最高值是： / mmHg	
3. 您最后一次测量血压是： 年 月 日 血压值是： / mmHg	
4. 高血压是如何发现的： <input type="checkbox"/> 正常体检 <input type="checkbox"/> 自觉有头晕等症状后检查发现 <input type="checkbox"/> 本次体检发现 <input type="checkbox"/> 因其他原因就诊时发现	
5. 采取的治疗措施是： <input type="checkbox"/> 住院治疗 <input type="checkbox"/> 服药治疗 <input type="checkbox"/> 中医药、饮食治疗 <input type="checkbox"/> 未治疗	
6. 您是否监测血压值？ <input type="checkbox"/> 一天一次 <input type="checkbox"/> 一周一次 <input type="checkbox"/> 一月一次 <input type="checkbox"/> 经常不定期 <input type="checkbox"/> 偶尔不定期	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
7. 是否接受药物治疗？ 常用药物名称 _____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
8. 目前是否仍在接受降压治疗？ 如否，请注明治疗中断原因 _____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
9. 是否患冠心病、脑血管疾病、糖尿病、肾病、眼底出血等疾病？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
10. 是否做过眼底、心电图、胸片、血糖、尿常规、心脏超声、头颅CT等检查？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
11. 高血压是否继发于以下疾病？ <input type="checkbox"/> 肾脏疾病 <input type="checkbox"/> 肾上腺疾病 <input type="checkbox"/> 妊娠 <input type="checkbox"/> 其他	<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. 是否饮酒？饮酒量： 两/日 年 已戒烟 年 <input type="checkbox"/> 偶尔应酬性饮酒 <input type="checkbox"/> 经常应酬性饮酒	<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：	
14. 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