

## 血液系统疾病问卷

|        |              |       |
|--------|--------------|-------|
| 被保险人姓名 | 身份证/护照/军官证号码 | 投保单号码 |
|--------|--------------|-------|

1. 您第一次注意到血液异常是在什么时候？何种异常？（如：贫血、出血、白血球异常增高、血小板增高或减少等）

\_\_\_\_\_

2. 发病症状（下述症状，如是，请详述）

贫血、出血\_\_\_\_\_

乏力、低热、多汗或盗汗\_\_\_\_\_

肝脾肿大、淋巴结肿大\_\_\_\_\_

感染\_\_\_\_\_

3. 是否接受过任何治疗？

a) 何时开始治疗？使用何种药物治疗？请详述具体药物名称及用法。

\_\_\_\_\_

b) 最后一次接受治疗是在什么时间？\_\_\_\_\_

c) 是否接受过放、化疗？\_\_\_\_\_

d) 是否进行过手术治疗（脾切除或骨髓移植等）？

\_\_\_\_\_

5. 做过何种类型的血液学检查？是否做过骨髓检查？如有，请注明时间、检查结果及病理诊断。

\_\_\_\_\_

6. 是否因上述疾病住院诊治或无法工作？（如是，请详述就诊医院名称及住院日期）

\_\_\_\_\_

本人谨此声明以上说明属实，并与其他告知事项一样，均构成贵公司之保险合同一部分。

\_\_\_\_\_  
投保人签署

\_\_\_\_\_  
被保险人签署（若为未成年人则由其法定监护人签名）

\_\_\_\_\_  
见证人签署

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日在\_\_\_\_\_签署