

## 甲状腺疾病问卷

被保险人姓名

身份证/护照/军官证号码

投保单号码

1. 您何时发现、患有何种类型的甲状腺疾病？（如：甲状腺机能亢进/减退、甲状腺炎、甲状旁腺机能亢进/减退、甲状腺结节等）

\_\_\_\_\_

2. 发病症状（下述症状，如是，请详述）

怕热、多汗、消瘦、心动过速

少言懒语、心动过缓、闭经、便秘

甲状腺肿大或肿块（请详述大小）

3. 是否接受过任何治疗？

a) 何时开始治疗？

b) 使用何种药物治疗？请详述具体药物名称及用法。

c) 是否随访及坚持治疗？如是，请告知随访频率。

d) 如治疗停止，请告知停药日期及原因？

e) 最近一次的甲状腺功能检查的时间，结果是否正常？

f) 是否需要手术治疗？如是，请详述。

5. 是否做过：B超、CT、同位素、穿刺等检查？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