

肾脏疾病问卷

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

1. 您患有何种类型的肾脏疾病？（如：如输尿管炎，肾炎，肾病，肾结石，肾功能不全，肿瘤等）

2. 发病症状（下述症状，如是，请详述）
尿频、尿急、尿痛 _____
血尿、脓尿、蛋白尿 _____
尿量减少或增多 _____
肾区疼痛或肾绞痛 _____
眼睑或全身水肿，低蛋白血症 _____
血压偏高 _____
3. 发病情况
首次发病日期 _____ 病程至今持续几年 _____ 近两年有无得到有效控制 _____
4. 是否接受过任何治疗？
 - a) 使用何种药物治疗（包括激素类和免疫抑制剂）？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) 如治疗停止，请告知停药日期及原因？ _____
 - d) 是否接受过血液透析或腹膜透析治疗？如是，请详述。 _____
 - e) 是否考虑接受肾脏移植？ _____
5. 是否同时患有其他疾病？如糖尿病、高血压、结缔组织病？

6. 是否做过：尿检、血检、B超、CT、磁共振、静脉造影、肾穿刺等检查？如有，请注明时间、检查结果及病理诊断。

7. 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