

消化系统疾病问卷

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

1. 您患有何种类型的消化系统疾病？（如：慢性胃炎、胃溃疡或十二指肠溃疡、慢性肠炎、慢性肝炎等）

2. 发病症状（下述症状，如是，请详述）

返酸、嗝气、上腹饱胀

上腹痛（空腹痛、夜间痛、餐后痛等）

呕血、黑便、贫血

恶心、呕吐、食欲减退、黄疸

下腹痛、腹泻、便秘

3. 发病程度

首次发作日期_____ 每次发作的持续时间_____

发作次数和频度_____ 近两年发作次数_____

最近一次发作日期_____ 发作是否与进食有关_____

4. 是否接受过任何治疗？

a) 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) 是否要进行手术治疗？

5. 是否做过：胃肠道钡餐摄片、胃镜、肠镜、超声波、CT、大便常规等检查？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