

糖尿病问卷

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

1. 您何时被诊断出患有糖尿病？确切的诊断为I型、II型？主诊医院名称？

2. 您目前正在接受何种治疗？

饮食控制：_____

口服药：名称_____每天使用剂量_____

胰岛素：每天使用方法及剂量_____

最近二年里使用胰岛素及口服降糖药剂量有否改变_____

3. 治疗详情

平均空腹血糖值 (mmol/l) 小于8 8.1-9 9.1-11 大于11.1

最近一次空腹血糖值： 日期_____ 结果_____

最近一次糖化血红蛋白值：日期_____ 结果_____

4. 是否发生过下列情形？如下述任何情况回答“是”，请在下方标明题号并详述：

a) 糖尿病昏迷 是 否

b) 胰岛素反应 是 否

c) 视网膜病变或其他眼疾 是 否

d) 腿，脚麻木或疼痛不适 是 否

e) 冠心病或其他心脏疾病 是 否

f) 高血压 是 否

g) 蛋白尿或肾炎 是 否

h) 感染 是 否

5. 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