

呼吸系统疾病问卷

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

1. 您患有何种类型的慢性呼吸系统疾病？（如：哮喘、急性支气管炎、慢性支气管炎、肺气肿、支气管扩张、肺结核等）

2. 发病症状（下述症状，如是，请详述）

咳嗽，多痰、痰血、咯血 _____

哮喘、喘息或呼吸困难 _____

低热、盗汗、消瘦、乏力 _____

鼻、眼痒、喷嚏、流涕等过敏症状 _____

3. 发病程度

首次发作日期 _____ 每次发作的持续时间 _____

每年发作几次 _____ 近两年发作次数 _____

最近一次发作日期 _____ 吸烟习惯 _____

4. 是否接受过任何治疗？

a) 使用何种治疗方式（口服药、气雾剂、静脉注射）及具体药物名称？

b) 发作时用药还是持续性用药？ _____

c) 最后一次接受治疗是在什么时间？ _____

d) 是否要进行手术治疗？ _____

5. 最近一次胸部X光及肺功能检查日期和结果。

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