

高血压问卷

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

1. 首次发现高血压的日期，当时的血压读数是多少？

2. 是否就医并被告知高血压的原因？如继发性或原发性？（如是，请详述并告知医院名称）

3. 是否有家族史？（如是，请详述）

4. 是否接受抗高血压的治疗？

a) 治疗何时开始？_____ 正在自己服药还是根据医生处方服药？_____

b) 治疗以前的平均血压是多少_____ 治疗后的平均血压？_____

c) 请列出最近的血压和日期。_____

d) 您使用的是何种药物？请告知剂量和用法。

e) 是否随访及坚持治疗？如是，请告知随访频率。

f) 如治疗停止，请告知停药日期及原因？

5. 是否接收心电图，胸部X光或其他检查(如尿液、肾功能、血脂等)，请列出日期及检查结果。

6. 是否有并发症？如心，脑，肾，眼底等？（如是，请详述）

7. 是否因高血压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）

____年____月____日 在_____ 签署

见证人签署