

精神疾病问卷

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

1. 您何时发现、患有何种类型的精神疾病？（如：精神分裂症、燥狂症、抑郁症、焦虑症、抑郁症等）

2. 在哪家医院就诊并诊断，请告知就诊日期及医院名称。

3. 发病症状（下述症状，如是，请详述）

情绪高涨、思维奔逸、活动增多_____

情绪低落、苦恼忧伤、兴趣索然_____

幻听、妄想、强迫、焦虑_____

4. 是否接受过任何治疗？

a) 何时开始治疗？_____

b) 使用何种药物治疗？请详述具体药物名称及用法。

c) 是否随访及坚持治疗？如是，请告知随访频率。

d) 如治疗停止，请告知停药日期及原因。

e) 是否接受过除药物外的其他治疗？如是，请详述。

5. 是否同时合并有其他躯体类疾病？如是，请详述。

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