



长生人寿保险有限公司

呼吸系统疾病问卷

申请保险补充资料

被保险人（投保人）姓名：_____ 保险合同号码：_____ 身份证/护照/军人证号码：_____

请详述以下问题，填写后请交回本公司，需要请另附页说明

1. 具体确诊为何种疾病？如 ☐ 肺结核 ☐ 支气管炎 ☐ 支气管扩张 ☐ 肺气肿
☐ 肺炎 ☐ 气胸 ☐ 其他，请具体说明_____
- 疾病首次确诊日期：_____
2. 发病情况？主要症状如 ☐ 多痰 ☐ 咳嗽 ☐ 咯血 ☐ 喘息或呼吸困难
- (a) 每次发作持续时间？_____
- (b) 发作频率？（每天或每周）：_____
- (c) 近两年发作次数：_____
- (d) 最近一次发作日期：_____
3. 治疗情况：
- (a) 使用何种药物或其他治疗方法？_____
- (b) 是持续治疗还是发作时治疗？_____
- (c) 是否有住院治疗？☐ 有 ☐ 否
- 如有，请分别写明日期，医院：_____
4. 是否做过化验或检查？☐ 有 ☐ 否
- 如是，请说明检查项目和结果：_____
5. (a) 最近是否接受过治疗？☐ 有 ☐ 否
- (b) 如否，请告知最后一次接受治疗日期：_____
6. 主诊医院名称和地址：_____
7. 请尽可能送交所有检查报告及病卡复印件。

本人声明上述情况完整而真实，并知道本问卷属于投保文件的一部分。

被保险人签名：_____

投保人签名：_____

体检医师签名：_____

日期：_____年____月____日