



# 长生人寿保险有限公司

## 背(颈、胸、腰)部疼痛或不适问卷

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

- 首次症状发作日期? \_\_\_\_\_
- 请详述:
  - 背部不适原因(如外伤、退行性病等): \_\_\_\_\_
  - 确切诊断(如椎间盘突出、脊椎关节强直、骨赘等) \_\_\_\_\_
  - 脊柱哪一部分受影响?  颈  胸  腰  骶部  尾部
- 详述症状: \_\_\_\_\_
- 请写出所有就诊过的医院和日期: \_\_\_\_\_
- (a)是否做过X光检查?  是  否  
如是,请写出检查日期、结果并附上报告原件:  
\_\_\_\_\_
- (b)治疗情况如何? \_\_\_\_\_
- (c)是否仍在治疗?  是  否  
如是,详述: \_\_\_\_\_  
如否,请告知停止治疗时间: \_\_\_\_\_
- 是否曾有复发?  是  否  
若是:(a)复发次数: \_\_\_\_\_  
(b)最后一次发作时间: \_\_\_\_\_
- 当背痛发作时是否能进行正常活动,如低头、行走、弯腰等?  
\_\_\_\_\_
- 是否由于背部不适而需要休假?  是  否  
如是,请告知休假多长时间? \_\_\_\_\_
- 完全恢复(如疼痛,活动受限等)需要多长时间? \_\_\_\_\_

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