



长生人寿保险有限公司

糖尿病问卷

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，如需要请另附页说明

1. 首次发现糖尿病的日期：_____
2. (a) 是否正在接受正规治疗？ ☐ 是 ☐ 否
如是，请具体说明：_____
- (b) 在哪家医院治疗？_____
3. (a) 是否在使用胰岛素？ ☐ 是 ☐ 否
(b) 如是，请写明每天用量：_____
- (c) 是否在用口服降糖药？ ☐ 是 ☐ 否
如是，请具体说明：_____
4. (a) 多久测尿糖或血糖一次？_____
- (b) 是否经常出现尿糖或血糖异常？ ☐ 是 ☐ 否
如是，请写明最近一次尿糖“+”数或血糖值，并注明日期。

5. 是否控制饮食？ ☐ 是 ☐ 否
6. 是否出现过下列情况，如是请写明日期
- (a) 糖尿病或胰岛素昏迷？ ☐ 否 ☐ 是_____
- (b) 感染，如牙脓肿、扁桃腺炎、毛囊炎？ ☐ 否 ☐ 是_____
- (c) 眼疾（视网膜病变或其他眼疾）？ ☐ 否 ☐ 是_____
- (d) 心脏疾病？ ☐ 否 ☐ 是_____
- (e) 高血压？ ☐ 否 ☐ 是_____
- (f) 尿路、膀胱、肾脏疾病（如蛋白尿等）？ ☐ 否 ☐ 是_____
- (g) 腿、脚疼痛或烧灼感？ ☐ 否 ☐ 是_____
- (h) 某种疾病反复或病程延长？ ☐ 否 ☐ 是_____
- (i) 胆固醇或甘油三脂升高等？ ☐ 否 ☐ 是_____
7. 家庭成员是否患冠心病，脑血管病变，外周血管疾病？患病年龄？ ☐ 是 ☐ 否
如是，请具体说明：_____
8. 请提供所有检查、治疗报告

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