



长生人寿保险有限公司

消化系统问卷

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. 病状主要表现是：上腹不适/疼痛/饱胀/反酸/嗝气/恶心/呕吐/腹泻/食欲不振/消瘦/失眠/其它
2. (a) 首次发病时间：____年____月
(b) 过去一年发作次数/ 每次发作持续时间：_____
(c) 最后一次发作时间：____年____月
3. 近五年有无复发？如有复发 有 无
如有(a) 平均每年发作几次？_____
(b) 是否有餐后腹痛？（腹痛具体位置）：_____
(c) 进餐是否能缓解腹痛？：_____
(d) 腹痛是否放射到胸部或手臂？_____
4. 是否出现过黑便或呕血？若有，请注明时间
无 有（____年____月）
5. (a) 是否到医院诊治？是 否
(b) 若有请注明医院及出示诊断结果：_____
6. 是否做过特殊检查？是 否
如是(a) 检查名称：胃镜 X光钡餐 B超 纤维肠镜 其它
(b) 检查结果：正常 胃溃疡/十二指肠球溃 胃炎/十二指肠炎
胃癌 其他（请注明）
7. 是否因消化系统疾病做过手术？术后情况？术后有无复发？是 否
如是，请详述_____
8. 是否进行过治疗？是 否
若是，(a) 服用药物名称：_____
(b) 药物疗效：好 一般 欠佳
(c) 有否手术治疗/术后情况/有无复发？是 否
如是，请详述：_____
9. 每次发病是否有明显的诱因？是 否
如是，请详述：_____
10. 是否 吸烟 饮酒 家族史 精神因素
11. 能否提供病历资料？ 能 否

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