



长生人寿保险有限公司

胸痛或胸部不适问卷

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：_____

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. a. 首次发现胸部不适的日期：_____
- b. 最近一次发作时间：_____
2. 胸痛或胸部不适的诱因是什么？☐ 劳动 ☐ 情绪激动 ☐ 饱餐 ☐ 吸烟 ☐ 外伤
☐ 其他 _____
3. 目前具体工作 _____ 每天工作时间 _____
(a) 是否因胸部不适而不能工作？☐ 是 ☐ 否
(b) 如是请写明日期： _____
4. 胸部不适的部位？☐ 胸前区 ☐ 胸骨后 ☐ 左胸部 ☐ 其他： _____
5. 疼痛的性质？☐ 压迫性 ☐ 刀扎样 ☐ 烧灼感 ☐ 紧缩性 ☐ 针刺样 ☐ 其他
6. 疼痛是否呈放射性？☐ 向左肩 ☐ 左臂 ☐ 颈部 ☐ 下额 ☐ 腹部放射 ☐ 其他
7. 疼痛发作的方式？☐ 突然发作 ☐ 缓慢发作
何种情况下缓解？☐ 休息 ☐ 服药 ☐ 其他
8. (a) 疼痛持续时间？请具体写明 _____ 小时 _____ 分钟 _____ 秒，或 _____ 星期
(b) 何种情况下缓解？☐ 休息 ☐ 服药 ☐ 其他
9. 胸部不适是否复发过？☐ 是 ☐ 否
若是：(a) 复发次数： _____
(b) 最后一次发作时间： _____
10. 是否曾作过 X 光或心电图检查？☐ 是 ☐ 否
若是，请列出检查日期、具体检查结果并附上检查报告原件： _____
11. 是否在医院就诊？☐ 是 ☐ 否
如是，请具体说明诊断如何？是否伴有心力衰竭，心律不齐，中风等？接受过何种治疗？
效果如何？ _____
12. 目前情况：是否有 ☐ 呼吸困难 ☐ 浮肿 ☐ 胸痛 ☐ 夜间不能平卧 ☐ 心律不齐
☐ 接受药物治疗 ☐ 其他
并请详述： _____

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