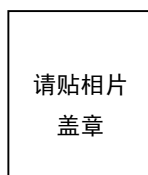


健康体检报告书 Health Check-Up Report



(请盖章医生核对身份证)

常规项目: 一般检查 内科 外科 心电图 腹部B超 胸(透、片) 眼底 尿常规 血检

特殊项目:

姓名: 性别: 年龄:

证件类型: 身份证 其他: 证件号码: [.....]

家庭住址: 邮编:

电话(区/号) 住宅 办公: 手机号码:

业务员姓名:

业务员代码:

问诊与告知

根据我国《保险法》规定，被保险人、其他被保险人在保险人指定医院（体检中心）接受健康体检时，对健康检查表内容及体检医师的各项询问应如实详细地告知。否则，保险人有权依法解除合同，并对于保险合同解除前发生的保险事故不承担保险责任。所有告知事项以书面告知为准，口头告知无效。		
体检客户		询问事项
是	否	
		1、您最近六个月是否有任何身体不适症状和体征？
		2、最近六个月是否接受过医生的诊断、治疗、用药？如有，其诊断是什么？医生提出过何种检查、治疗、住院和手术建议？
		3、近两年是否接受过健康体检？检查结果有无异常？如有异常，请具体说明。
		4、住院史：过去是否曾住院诊疗？如有请具体说明住院原因、时间、治疗及医院名称。
		5、既往史：请注明既往曾经患病的具体情况，包括：发病年龄、治疗过程、目前情况等。
		6、有无身体、智能残疾情况？
		7、家族史：
声 明 栏	<p style="text-align: center;">本人对投保、体检时上述健康的各项询问均已了解并进行了如实告知。如有告知不实，保险人有权依法解除保险合同，并对于合同解除前发生的保险事故贵公司不承担保险责任。</p> <p style="text-align: right;">体检客户签字：_____ 年 月 日</p>	

检查项目

一 般 情 况	身高	cm	体重	kg	体检客户签字： 医师签字：	
	胸围	cm	腹围	cm		
	血压		第二次	mmHg		
	第一次	mmHg				
	第三次	mmHg				
	头部		五官			
	视力	左	右	矫正视力		左
眼底						
内 科	心		心率	次/分	体检客户签字： 医师签字：	
	肺					
	肝					
	脾					
外 科	脊柱关节		淋巴		体检客户签字： 医师签字：	
	甲状腺		肛门			
	泌尿生殖器		乳腺			
	前列腺					
心 电 图					体检客户签字： 医师签字：	

X 线 、 肺 功 能		体检客户签字： 医师签字：
B 超		体检客户签字： 医师签字：
<p>体检客户声明：</p> <p>本人已按照进行体检的医疗机构的相关体检要求完成了体检。本人保证所有体检项目为本人亲自完成。如有不实情况，保险人有权依法解除保险合同，并对于合同解除前发生的保险事故不承担保险责任。</p> <p style="text-align: right;">体检客户签字： 年 月 日</p>		
<p>综合健康评定：</p> <p style="text-align: right;">主检医师签名： 体检医院盖章： 年 月 日</p>		

粘贴有关检查报告单

.....

暂收收据/投保单印刷号/保单号码:		
客户姓名: 性别:		
证件类型: <input type="checkbox"/> 身份证 <input type="checkbox"/> 其他: 证件号码: <table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"><tr><td>.....</td></tr></table>	
.....		
体检类型: 常规体检	经办人: 年 月 日	
复查体检		
特殊体检 费用: 元		
(此联为结账凭证, 仅用于协议内体检项目, 请妥善保管。)		