



健康告知问卷

被保险人姓名：_____ 性别：_____ 年龄：_____ 投保单号：_____

填写说明：（下述询问事项，请被保险人本人仔细阅读后如实填写。如回答“是”，请按询问事项序号、说明对象在说明栏内作详细说明。如回答健康方面的询问，请说明原因、疾病名称、检查项目、发生时间、诊治医院、诊治结果、是否痊愈和目前状况等。）

询 问 事 项		是 否
1	您目前的身高是_____厘米，体重_____公斤。	
2	您是否有吸烟习惯，若“是”，请告知已吸烟_____年，_____支/天。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	您是否有饮酒习惯，若“是”，请告知如下饮酒情况： <input type="checkbox"/> 白酒或洋酒 <input type="checkbox"/> 葡萄酒 <input type="checkbox"/> 黄酒 <input type="checkbox"/> 啤酒 <input type="checkbox"/> 其它，请说明_____，饮酒_____年， 饮酒量_____两/天；	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	您既往是否有饮酒习惯，但现在已停止饮酒，若“是”，请在说明栏中告知停止饮酒的时间及原因。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3	您是否目前或过去一年内曾有过下列症状？如：反复头痛、眩晕、胸痛、咯血、气喘、腹痛、便血、包块或肿物、原因不明的发热、皮肤和粘膜及齿龈出血、体重下降超过 5 公斤，原因不明的肌肉萎缩，身体的其他感觉异常或活动障碍。 您过去一年内是否接受过医师的诊查、治疗、用药、住院或手术建议？	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4	近 3 年内：	
	a. 您是否有如下身体不适或表现：如反复头痛、头晕、眩晕、咳嗽、咯血、气喘、胸闷、胸痛、肝区不适、腹痛、血尿、便血、紫癜、皮肤黄染、消瘦（3 个月内体重下降超过 5 公斤）等？	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	b. 您是否接受过医师的门诊诊查、治疗、用药、住院或手术建议？	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	c. 您是否有过住院检查或治疗？如“是”请您在说明栏写明住院原因、时间、治疗结果及医院名称。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5	您是否曾经有下列症状、或曾被告知患有下列疾病或接受治疗？如“是”，请在说明栏中详述。	
	a. 呼吸系统疾病：急/慢性支气管炎、肺炎、肺气肿、支气管扩张、尘/矽肺、肺结核、肺纤维化、哮喘、胸膜炎；	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	b. 循环系统疾病：高血压（收缩压 \geq 140mmHg 或舒张压 \geq 90mmHg）、冠心病、先天性心脏病、心脏瓣膜病、风湿性心脏病、主动脉瘤、肺心病、心肌病、心律失常、传导阻滞、心包炎；	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	c. 神经系统及精神疾病：多发性硬化、癫痫、眩晕症、脊髓病变、重症肌无力、帕金森氏病、精神病、抑郁症、神经官能症、脑出血、脑栓塞、脑瘤、脑动/静脉血管瘤及畸形、短暂性脑缺血、脑炎、脑膜炎、脑瘫；	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	d. 消化系统疾病：肝炎病毒携带、肝炎、脂肪肝、肝硬化、肝肿大、肝豆状核变性、胆结石、胆囊息肉、家族性肠息肉、胰腺疾病、慢性胃炎、肠炎、肠结核、消化道溃疡或出血、穿孔、溃疡性结肠炎、疝、肠梗阻、痔、肛瘘；	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	e. 泌尿及生殖系统疾病：肾炎、肾小球疾病、肾病综合征、肾功能异常、肾囊肿、多囊肾、泌尿系结石、泌尿系结核、泌尿系感染、生殖器官疾病；	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

	f. 内分泌及结缔组织疾病：糖尿病、甲状腺或甲状旁腺疾病、肾上腺疾病、垂体疾病、类风湿性关节炎、风湿病、红斑狼疮、胶原病、白塞氏病、免疫性疾病、肌肉骨骼关节疾病；				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	g. 血液系统疾病：不明原因的出血点或淤斑、贫血、白血病、血友病、紫癜、血小板减少/增多症、脾脏疾病；				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	h. 癌症、肿瘤、腺瘤、息肉、囊肿、血管瘤、性病、皮肤疾病、其它包块或肿物；				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	i. 先天性疾病、遗传性疾病、脑外伤后综合征、内脏损伤、急/慢性中毒、职业病；				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	j. 是否有以上未提及的其他疾病或症状、畸形、缺陷。				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	您是否使用过任何成瘾药物，如镇静安眠剂、迷幻药、吸食有机溶剂或毒品？若“是”，请说明。				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	您的亲属（祖父母、父母、子女、兄弟姐妹）是否有在 60 岁之前患有高血压、脑中风、肾病、心脏病、多囊肝肾、糖尿病、精神病、白血病、血友病、多发性硬化症、良性或恶性肿瘤、病毒性肝炎或肝炎病毒携带者、其他遗传性疾病；或 60 岁前因病去世？（若“是”，请在下表告知）				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	患病对象	疾病名称	患病时年龄	目前情况	若 60 岁前身故， 则身故时年龄	
8	16 周岁及以上女性告知：					
	a. 您目前是否怀孕？如“是”，怀孕_____周。				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b. 是否患有或曾经患有阴道不规则流血、白带异常、下腹痛等不适感觉或异常症状？				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c. 是否患有或曾经患有畸胎瘤、葡萄胎、子宫肌瘤、子宫内膜异位症、血性溢乳、乳腺炎、乳腺增生、乳腺包块或肿块、不孕症或其它任何乳房、子宫、卵巢的疾病？				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	儿童（2 周岁以下）适用：					
	a. 出生时身高 _____ 厘米，体重 _____ 公斤；					
	b. 是否早产？出生时是否有产伤或窒息等异常情况？有无体重增长缓慢？				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c. 是否有畸形、发育迟缓、惊厥、抽搐、脑瘫、智能障碍、先天性或遗传性疾病等？				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

说明栏：

若上述健康告知勾选为“是”，请在本栏中详细说明。					
询问事项序号	疾病名称或就诊原因	检查项目	发生时间	诊治医院	目前状况

投保人/被保险人声明书

本问卷是保险合同的重要组成部分，上述各项回答均属实，如有不实告知足以影响贵公司的承保决定，贵公司有权依法解除保险合同，并对保险合同解除前的保险事故不承担保险金给付责任。

投保人签字： _____ 被保险人/监护人签字： _____ 年 月 日