

## 甲状腺疾病问卷

投保单印刷号：\_\_\_\_\_

投保人姓名：\_\_\_\_\_

被保险人姓名：\_\_\_\_\_

1. 您首次得知患病的时间： 年 月 首次诊断：	
2. 发现方式： <input type="checkbox"/> 正常体检 <input type="checkbox"/> 自觉有症状后检查发现 <input type="checkbox"/> 本次体检发现 <input type="checkbox"/> 因其他原因就诊时发现	
3. 最近是否出现下列症状？ <input type="checkbox"/> 心慌 <input type="checkbox"/> 怕热 <input type="checkbox"/> 多汗 <input type="checkbox"/> 乏力 <input type="checkbox"/> 食欲亢进 <input type="checkbox"/> 体重下降 <input type="checkbox"/> 情绪易激动 <input type="checkbox"/> 突眼 <input type="checkbox"/> 怕冷 <input type="checkbox"/> 少汗 <input type="checkbox"/> 浮肿 <input type="checkbox"/> 食欲下降 <input type="checkbox"/> 体重增加 <input type="checkbox"/> 情绪低落	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
4. 您颈部是否有肿块？ 大小： <input type="checkbox"/> 黄豆大 <input type="checkbox"/> 蚕豆大 <input type="checkbox"/> 鸡蛋大 数量： <input type="checkbox"/> 一个 <input type="checkbox"/> 数个 分布： <input type="checkbox"/> 单侧 <input type="checkbox"/> 双侧 触痛： <input type="checkbox"/> 有触痛 <input type="checkbox"/> 无触痛 质地： <input type="checkbox"/> 较软 <input type="checkbox"/> 中等 <input type="checkbox"/> 较硬 <input type="checkbox"/> 很硬 活动度： <input type="checkbox"/> 可活动 <input type="checkbox"/> 不可活动	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
5. 是否因甲状腺疾病住院诊治？ 医院名称_____ 诊断_____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
6. 是否因此病服药治疗？ 药物名称_____ 用法及用量_____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
7. 目前是否服药治疗？ 如否，请注明治疗中断原因及停药时间	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
8. 是否接受过同位素治疗？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
9. 是否进行手术治疗？ 手术名称_____ 时间_____ 病理诊断_____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
10. 治疗后是否复发？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
11. 是否有甲状腺功能低下、心脏病、贫血、肝功能异常等并发症？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
12. 是否做过T3、T4、甲状腺B超、甲状腺核素扫描等检查？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
以上问题如果选“是”，请详细说明并提供相关的病历资料（门诊病历、住院记录及化验检查结果） 请说明：	
13. 是否有以上未提及的其他疾病或不适？ 如是，请说明：	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

请提供所有相关病历及检查报告原件。

声明：1. 本调查问卷是保险合同的重要组成部分，上述告知内容均情况属实，如有不实之处，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责任。

2. 本人授权长城人寿保险股份有限公司就有关保险事宜，可以向任何医生、医院、诊所、保险公司或任何组织机构查询有关本人的资料或索取其他证明。

投保人签字：\_\_\_\_\_

被保人/监护人签字：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日