

高尿酸血症/痛风问卷

被保险人姓名: _____

1、首次发现时间:

- (1) 首次发现血尿酸水平升高: _____年_____月
(2) 首次诊断痛风: _____年_____月 (如已明确诊断痛风请填写该条)

2、您目前或过去是否有痛风发作?

- 从未有过痛风发作
是, 请告知:
(1) 发作频次: 每年 1-2 次 每年 ≥ 3 次
(2) 最近一次发作时间: 1 年内 超过 1 年但不到 2 年 ≥ 2 年

3、您目前或过去是否并发有痛风性关节炎、或出现痛风结石?

- 否, 从未出现过
是, 痛风性关节炎 痛风结石

4、您目前或过去是否接受过治疗?

- 从未因此进行过治疗
药物治疗: 既往有过药物治疗 目前正接受药物治疗

5、您最近一次检查血清尿酸值是否在正常范围?

- 否, 检查时间: _____, 具体数值: _____
是, 检查时间: _____, 具体数值: _____

6、您最近一次肾功能检查指标(血尿素氮和血肌酐)是否在正常范围?

- 否, 检查时间: _____, 具体情况: _____
是, 检查时间: _____, 具体情况: _____

7、您目前是否有肾脏损伤、或关节肿痛、或关节畸形、或关节功能障碍?

- 否
是, 请详述: _____

声明及授权: 1、本问卷是核保评估的重要组成部分, 上述各项回答均属实, 如有知情不告的情况, 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、本人授权贵公司可以根据本人在本问卷中告知的事项从任何单位、组织和个人就有关保险事宜查询、索取与本人有关的资料和证明, 贵公司对本人的个人资料承担保密义务。

投保人签名: _____ 被保险人/监护人签名: _____ 年_____月_____日