

高血压问卷

问卷对象：投保人 被保险人，姓名：_____ 投保单号：_____

1、首次发现血压异常时间：_____年____月；当时的高压/低压值是：_____mmHg；

您是通过何种方式得知：单位体检 自己感觉头晕等症状后检查 住院期间
其他，请说明：_____

2、您是否定期测量血压：从不测量 定期测量 偶尔测量；
最高出现过：高压 _____mmHg 低压 _____mmHg；

3、医生是否告知过您血压异常是由您其他疾病引起的？

否 是：疾病名称 _____

4、治疗情况：

本人从未进行过任何血压相关治疗

药物治疗：（1）是否目前仍在服药中？是 否

（2）药物名称：_____

住院治疗：_____年____月，在 _____ 医院 _____ 科，住院 _____ 天；

其他治疗，请说明：_____

5、您是否因血压异常曾做过下列检查？

24小时动态血压 冠状动脉造影 HOLER（24小时动态心电图）心脏彩超

6、您是否还有其他疾病？

没有，除血压异常外，本人无任何健康异常

有：冠心病 脑血管疾病 糖尿病 高脂血症 眼底出血 其他疾病 _____

7、除以上内容外，您是否还有其它要说明的内容：

无

有，请说明：_____

重要提醒：如有上述相关的就诊门诊病历、住院病历、检查/体检报告、病理报告等，请一并提供。

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