

多囊卵巢 问卷

问卷对象：投保人 被保险人，姓名：_____ 投保单号：_____

1、您是否目前或过去存在以下任一情况？

胰岛素异常、或胰岛素抵抗

糖耐量筛查异常或 OGTT 异常或糖耐量受损

空腹血糖升高：任一次 $\geq 7.0\text{mmol/L}$

糖前病变

糖化血红蛋白或糖化血清蛋白异常

血压升高：收缩压 $> 140\text{mmHg}$ 或舒张压 $> 90\text{mmHg}$

体格指数 BMI（体重 $\text{kg}/$ 身高 m^2 ） > 30

血脂总胆固醇 $> 6.9\text{mmol/L}$ ，或甘油三酯 $> 5.7\text{mmol/L}$

心电图异常（不包含仅窦性心律不齐）：

说明：_____

无以上任一项异常

重要提醒：如有任一项异常，请补充提供上述相关的就诊门诊病历、住院病历、检查/体检报告等。

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相关单位、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