

哮喘问卷

问卷对象：投保人 被保险人，姓名：_____ 投保单号：_____

1. 疾病诊断名称：_____（例如：支气管哮喘、咳嗽变异性哮喘、过敏性哮喘等）

2. 您第一次出现哮喘时间：_____年_____月；

3. 您哮喘发病频率：_____次/年；

4. 您末次哮喘发病时间：_____年_____月；

5. 请描述您的哮喘症状：

反复咳嗽 胸闷 喘息 呼吸困难 哮鸣音 其他_____

6. 您是否接受过相关检查？如果是，请一并提供接受检查的结果单：

肺功能 胸片 胸部 CT 过敏原检测报告

7. 您是否因此有过治疗？

否，从未因此有过治疗；

是，已结束治疗 目前仍在治疗中

药物治疗（吸入剂/喷雾剂、口服药物等）：

门诊治疗：

住院治疗：

其他治疗：_____

8. 恢复情况：

已完全治愈、无复发、无后遗症、无并发症

持续治疗中或需进一步治疗

未治愈，存在后遗症或并发症，目前症状请说明：_____

9. 除以上内容外，您是否还有其它要说明的内容：

无

有，请说明：_____

（例如：过敏史/过敏性鼻炎/湿疹、家族哮喘史、吸烟史、职业粉尘暴露史等）

重要提醒：如有上述相关的就诊门诊病历、住院病历、检查报告、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