

# 血糖问卷

问卷对象：投保人 被保险人，姓名：\_\_\_\_\_ 投保单号：\_\_\_\_\_

1、首次发现血糖异常时间：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月；当时的血糖值是：\_\_\_\_\_mmol/L；

您是通过何种方式得知：单位体检 自己感觉多饮、多食、多尿、体重减少等症状后检查

住院期间 其他，请说明：\_\_\_\_\_

2、您是否定期测量空腹血糖：从不测量 定期测量 偶尔测量

最高出现过：\_\_\_\_\_mmol/L

3、医生是否告知过您血糖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糖相关治疗

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、您是否因血糖异常曾做过下列检查？

糖化血红蛋白，检查结果\_\_\_\_\_ OGTT（糖耐量试验）检查结果：\_\_\_\_\_

6、您是否还有其他疾病？

没有，除血糖异常外，本人无任何健康异常

有：

冠心病 脑血管疾病 高血压 高脂血症 眼底出血 蛋白尿 肾功能不全 周围神经病变 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