

婴幼儿健康问卷

投保单号：_____ 投保人姓名：_____ 婴幼儿姓名：_____

根据我公司投保规定，需要提供有效的儿童健康体检记录（如：儿童保健记录等），您因故无法提供，请您详细阅读并如实告知如下问题：

第一部分：请婴幼儿（被保险人）母亲回答如下问题

1、被保险人出生时，您的生育年龄：_____ 岁。	
2、请说明生产史情况： 第_____胎，第_____产。	
请说明孕期：	<input type="checkbox"/> 足月产 <input type="checkbox"/> 早产 <input type="checkbox"/> 过期产，若早产过期产请详细说明：
请说明生产方式：	<input type="checkbox"/> 顺产 <input type="checkbox"/> 剖宫产 <input type="checkbox"/> 其他手术产，若非顺产请详细说明：
是否是多胎：	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是（若是，请说明共几胎）
怀孕期间是否有任何异常：	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是（若是，请详细说明）
是否有先天疾病或者患有任何疾病：	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是（若是，请详细说明）

第二部分：请描述婴幼儿的智能发育情况

智力发育项目	正常表现月龄	实际表现月龄
俯卧抬头	1—3	
竖抱时头稳定	3—4	
可独立坐	5—7	
叫名字有反应	6—8	
爬行	8—10	
可玩拍手或挥手再见	7—11	
说爸爸、妈妈有所指	10—14	
可独立行走	12—15	
懂得 1~2 样物品名称	12—15	
指出身体部位（如耳、鼻、口）	13—18	
白天基本控制大小便	18—24	
能说出自己的名字	24—30	
双脚跳	24—30	
理解上下前后	30—60	
认识红白兰绿	33—60	
懂得左右	60—72	

第三部分：请婴幼儿（被保险人）的监护人回答如下问题

1、请说明如下有关婴幼儿的情况：	
投保人与婴幼儿的关系，请选择：	<input type="checkbox"/> 亲生 <input type="checkbox"/> 继子女 <input type="checkbox"/> 领养（请描述领养原因及经过：）
被保险人是否与父母生活在一起：	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否（若否，请说明跟谁一起生活）
被保险人是否有兄弟姐妹：	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是（若是，请说明几个）
被保险人兄弟姐妹中是否有人患先天性或遗传性疾病	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是（若是，请详细说明：）
2、请说明如下有关婴幼儿的出生情况：	
出生时的身高、体重：	身高：_____厘米；体重_____克。
出生时有无早产、难产、窒息等情况：	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有
出生时有无使用产钳等辅助器械：	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有
3、请详细说明婴幼儿的定期体检情况：	
是否按照要求定期体检：	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
定期体检的体检机构是：	
定期期间的健康评价是：	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 其他（请详细说明）
体检后，医生有何处理或指导意见：	请详细说明
4、请详细说明婴幼儿的健康状况：	
是否按照要求接受预防接种：	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否（若否，请说明原因）
有无被诊断为先天性或遗传性疾病：	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有（若有，请说明结果或提供诊断报告）
有无因病住院治疗：	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有（若有，请说明情况并提供住院病历）
是否经常患腹痛、腹泻等消化系统疾病：	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
是否患有哮喘、肺炎、扁桃体炎等呼吸系统疾病：	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
是否出现过“高热惊厥”等症状：	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是（若是，请说明发作次数以及频率）
5、是否已经上幼儿园？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否（若否，请说明不上或停止上幼儿园的原因）	
6、除上述内容外，您认为还有哪些有关您的病情的信息有助于我们处理您的投保？	

声明：

- 1、我清楚本问卷是保险合同的重要组成部分，并承诺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、我授权泰康人寿保险股份有限公司，如有需要，可向任何医院或医生索取有关我病情的任何资料。

投保人签名：_____ 婴幼儿母亲（或法定监护人）签名：_____ 填写时间：_____年__月__日