



保單號碼：	被保險人：	身分證字號：
-------	-------	--------

本人申請 貴公司保險，補充說明如下：

1. 何時發生心臟方面不適症狀？\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月。
  - (1) 造成原因？
    - 心肌梗塞    冠狀動脈疾病    心臟衰竭    心臟瓣膜疾病    先天性心臟異常
    - 高血壓    糖尿病    細菌感染    藥物    其他；請詳述：\_\_\_\_\_。
  - (2) 醫生確診病名：\_\_\_\_\_（若不確知，請提供診斷證明書）；  
就診、追蹤之醫院名稱及地點：\_\_\_\_\_。
  - (3) 目前是否符合健保局認可之重大傷病資格？ 否    是；若是，請一併檢附影本。
2. 治療過程(可複選)
  - 門診。
  - 住院，自\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日至\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日，共\_\_\_\_\_天。
  - 服藥治療，藥物名稱：\_\_\_\_\_（若不確知，請提供藥袋或處方箋）；劑量：\_\_\_\_\_。  
是否停藥： 否    是，何時停藥？\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月，原因：\_\_\_\_\_。
  - 手術治療，手術部位及名稱：\_\_\_\_\_，手術時間：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月。
  - 裝設心導管支架，數量為\_\_\_\_\_支。
  - 未接受治療。
  - 其他(請說明治療名稱及時間)：\_\_\_\_\_。
3. 治療結果及目前狀況(可複選)
  - 已痊癒不再門診追蹤，最近一次就診時間：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月。
  - 定期門診：多久追蹤一次：\_\_\_\_\_，最近一次就診時間：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月。
  - 服藥治療：
    - 長期服用
    - 有需要時使用，藥物名稱：\_\_\_\_\_（若不確知，請提供藥袋或處方箋），劑量：\_\_\_\_\_。
  - 最近一次接受檢查項目(可複選)及結果
    - (1) 檢查時間：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月。
    - (2) 檢查項目及結果：(※若勾選「異常」或「不確定」者，請提供檢查報告)
      - 胸部X光 ( 正常    異常    不確定)    心導管檢查 ( 正常    異常    不確定)
      - 心臟超音波 ( 正常    異常    不確定)    抽血 ( 正常    異常    不確定)
      - 靜止心電圖 ( 正常    異常    不確定)    運動心電圖 ( 正常    異常    不確定)
      - 其他，請說明：\_\_\_\_\_（ 正常    異常    不確定）
  - 有復發狀況：近二年內復發次數：\_\_\_\_\_次，最近一次復發時間：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月。
4. 是否造成後遺症或併發症？
  - 否    是，請詳述：\_\_\_\_\_。
5. 是否曾罹患下列疾病？
  - 否    是【 高血壓    高血脂症    糖尿病】
6. 吸煙的習慣： 否    是，已吸煙約\_\_\_\_\_年；目前每天約吸\_\_\_\_\_包煙。
7. 父母或兄弟姊妹是否有心臟病病史？ 否    是，關係為\_\_\_\_\_，疾病名稱\_\_\_\_\_。

要保人簽名：\_\_\_\_\_ 法定代理人簽名：\_\_\_\_\_

被保險人簽名：\_\_\_\_\_ 填寫日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日