



保單號碼：	被保險人：	身分證字號：
<p>本人申請貴公司保險，補充說明如下：</p> <p>1. 您何時發現有高血壓或血壓異常？_____年_____月。</p> <p>(1) 當時血壓數值為何？收縮壓_____mmHg，舒張壓_____mmHg。</p> <p>(2) 診斷病名？(可複選)</p> <p><input type="checkbox"/> 良性高血壓 <input type="checkbox"/> 惡性高血壓 <input type="checkbox"/> 原發性高血壓 <input type="checkbox"/> 續(繼)發性高血壓 <input type="checkbox"/> 妊娠高血壓 <input type="checkbox"/> 白袍症高血壓 <input type="checkbox"/> 低血壓 <input type="checkbox"/> 血壓升高 <input type="checkbox"/> 血壓下降 <input type="checkbox"/> 其他，請說明：_____。</p> <p>2. 治療過程(可複選)</p> <p><input type="checkbox"/> 門診。</p> <p><input type="checkbox"/> 住院，自_____年_____月_____日至_____年_____月_____日，共_____天。</p> <p><input type="checkbox"/> 藥物控制，藥物名稱：_____，劑量：_____； 用法：每日_____次，每次_____顆(若不確知，請提供藥袋或處方簽)； 是否停藥：<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，何時停藥？_____年_____月，原因：_____。</p> <p><input type="checkbox"/> 未接受治療。</p> <p><input type="checkbox"/> 其他(請說明治療名稱及時間)：_____。</p> <p>3. 治療結果及目前狀況</p> <p>(1) 是否持續定期追蹤治療？<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，最近一次就診時間：_____年_____月；</p> <p>(2) 血壓數值為收縮壓_____mmHg，舒張壓_____mmHg。</p> <p>(3) 最近一次接受檢查項目(可複選)及結果</p> <p>A. 檢查時間：_____年_____月。</p> <p>B. 檢查項目及結果：(※若勾選「異常」或「不確定」者，請提供檢查報告)</p> <p><input type="checkbox"/> 胸部 X 光 (<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 不確定)      <input type="checkbox"/> 心電圖 (<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 不確定)</p> <p><input type="checkbox"/> 心臟相關檢查 (<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 不確定)      <input type="checkbox"/> 膽固醇 (<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 不確定)</p> <p><input type="checkbox"/> 三酸甘油脂檢查 (<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 不確定)</p> <p><input type="checkbox"/> 其他，請說明：_____ (<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 不確定)。</p> <p>4. 曾因高血壓或血壓異常的併發症而就醫診治？</p> <p><input type="checkbox"/> 否。</p> <p><input type="checkbox"/> 是，請勾選下列病症(可複選)</p> <p><input type="checkbox"/> 心臟肥大 <input type="checkbox"/> 心肌梗塞 <input type="checkbox"/> 心臟衰竭 <input type="checkbox"/> 視網膜病變 <input type="checkbox"/> 腎衰竭 <input type="checkbox"/> 腎功能不全</p> <p><input type="checkbox"/> 動脈阻塞性疾病 <input type="checkbox"/> 其他，請說明：_____。</p> <p>5. 吸煙的習慣：<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，已吸煙約_____年；目前每天約吸_____包煙。</p>		
<p>要保人簽名：_____ 法定代理人簽名：_____</p> <p>被保險人簽名：_____ 填寫日期：_____年_____月_____日</p>		