



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. 您何時發現有高血壓或血壓異常？\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月，
  - (1)如何發現？身體不適 健康檢查 其他\_\_\_\_\_。
  - (2)當時症狀？\_\_\_\_\_，當時血壓值(收縮壓/舒張壓)？\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_mmHg。
  - (3)就診、追蹤之醫院名稱及地點：\_\_\_\_\_。
  
2. 治療過程(可複選)
  - 門診，大約自\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日至\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日，共\_\_\_\_\_次。
  - 急診，大約自\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日至\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日，共\_\_\_\_\_次。
  - 住院，大約自\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日至\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日，共\_\_\_\_\_天。
  - 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：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。
  - 其他(請說明治療名稱及時間)：\_\_\_\_\_。
  - 未接受治療。
  
3. 是否曾接受相關檢查項目(可複選)？否 是，
  - (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)      靜止心電圖 (正常 異常 不確定)
    - 運動心電圖 (正常 異常 不確定)      心臟超音波 (正常 異常 不確定)
    - 血 脂 肪 (正常 異常 不確定)      心導管檢查 (正常 異常 不確定)
    - 其他，請說明：\_\_\_\_\_ (正常 異常 不確定)。
  
4. 治療結果及目前狀況
  - (1)是否持續定期追蹤治療？否 是，多久追蹤一次：\_\_\_\_\_。
  - (2)最近一次就診時間：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月；追蹤結果如何？\_\_\_\_\_。
  - (3)最近一次回診測量血壓數值(收縮壓/舒張壓)？\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_mmHg。
  - (4)醫生是否有任何醫囑事項？否 是，請詳述：\_\_\_\_\_。
  
5. 是否合併有其他異常病史？否 是，請勾選下列病症(可複選)：
  - 糖尿病(血糖異常) 高血脂(膽固醇或三酸甘油酯異常) 腎臟疾病(蛋白尿) 心臟病
  - 心臟肥大 心肌梗塞 心臟衰竭 動脈阻塞性疾病 其他：\_\_\_\_\_。
  
6. 現在或曾經是否有吸煙的習慣？否 是，請說明如下：
  - 已吸煙約\_\_\_\_\_年；目前每天約吸\_\_\_\_\_包煙；
  - 已戒煙約\_\_\_\_\_年，曾吸煙約\_\_\_\_\_年，戒煙前每天約吸\_\_\_\_\_包煙。

要保人簽名：\_\_\_\_\_ 法定代理人/監護人/輔助人簽名：\_\_\_\_\_

(未成年人、受有監護宣告或受輔助宣告尚未撤銷者，請法定代理人/監護人/輔助人簽名)

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