



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. 何時發現有糖尿病/血糖異常現象？\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月，當時症狀？\_\_\_\_\_。  
 (1) 如何發現？身體不適 健康檢查 其他\_\_\_\_\_。  
 (2) 診斷病名：第一型糖尿病-胰島素依賴型 第二型糖尿病-非胰島素依賴型  
妊娠糖尿病 其他：\_\_\_\_\_（若不確知，請提供診斷證明）。  
 (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：  
 (1)治療方式：  
口服藥物，藥物名稱及劑量：\_\_\_\_\_（若不確知，請提供藥袋或處方簽）。  
注射胰島素  
其他，請詳述：\_\_\_\_\_。  
 (2)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(請說明治療方式及時間)：\_\_\_\_\_。  
未接受治療/飲食作息調整。
3. 相關檢查項目：  
 (1)最近一次抽血檢查日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月。  
 (2)最近一次飯前血糖(AC)數值：\_\_\_\_\_mg/dl，糖化血色素(HbA1C)數值：\_\_\_\_\_ %。
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)醫生是否有任何醫囑事項？否 是，請詳述：\_\_\_\_\_。
5. 是否造成後遺症或併發症？否 是，請說明如下(可複選)：  
心血管疾病 糖尿病昏迷 糖尿病性視網膜病變 腎臟病變 神經系統病變 高血壓  
高血脂 胰島素昏迷 蛋白尿 截肢，部位：\_\_\_\_\_ 其他：\_\_\_\_\_。
6. 是否有飲酒習慣？否 是，飲酒類型：\_\_\_\_\_，每週\_\_\_\_\_次，每次\_\_\_\_\_ml/瓶。
7. 是否有吸煙的習慣？否 是，已吸煙約\_\_\_\_\_年，目前每天約\_\_\_\_\_包煙；  
已戒煙約\_\_\_\_\_年，戒煙前每天約\_\_\_\_\_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