



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. 您何時發現有高血脂/血脂異常？\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月，
  - (1) 如何發現？身體不適 健康檢查 其他\_\_\_\_\_。
  - (2) 當時數值為何？\_\_\_\_\_。
  - (3) 是否因此就醫診治？否 是，就診、追蹤之醫院名稱及地點：\_\_\_\_\_，  
醫師之診斷原因為何？\_\_\_\_\_。
  
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。
  - 服藥治療，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)
    - 血 脂 肪 (正常 異常 不確定)      腹部超音波 (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\_\_\_\_\_日；追蹤結果如何？\_\_\_\_\_。
  - (3) 請提供最近一次血脂檢查日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日，  
檢查數值：總膽固醇(T-CHOL)：\_\_\_\_\_mg/dl，三酸甘油脂(TG)：\_\_\_\_\_mg/dl，  
高密度脂蛋白(HDL)：\_\_\_\_\_mg/dl，其他血脂項目及數值：\_\_\_\_\_。
  - (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)：
  - 高血壓(血壓異常) 糖尿病(血糖異常) 腎臟疾病(蛋白尿) 心臟肥大 心肌梗塞
  - 心臟衰竭 視網膜病變 動脈阻塞性疾病 脂肪肝(程度：輕度 中度 重度)
  - 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