



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