



高血壓、糖尿病/血壓、血糖、血脂肪異常問卷

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. 是否曾發現或罹患下列疾病或異常現象(請打勾，可複選)；何時發現及就診經過情形？

- (1) 何時診斷該疾病或發現異常現象？ 血壓_____年_____月； 血糖_____年_____月； 血脂肪_____年_____月
如何發現？ 健康檢查 就醫診斷 其他_____。
- (2) 如診斷為高血壓或血壓異常，當時症狀(可複選)： 頭痛 暈眩 四肢無力 其他_____，
當時血壓值(收縮壓/舒張壓)？_____/_____mmHg。
- (3) 如診斷為糖尿病或血糖異常，類型為： 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)。
- (4) 如診斷為高血脂或血脂異常，當時血脂肪數值為：總膽固醇(TC)_____mg/dl；三酸甘油酯(TG)_____mg/dl
高密度膽固醇(HDL)_____mg/dl；低密度膽固醇(LDL)_____mg/dl。

2. 上述第1題有勾選的疾病或異常者，該疾病/異常狀況治療過程？(可複選)

(1) 高血壓或血壓異常

- 門診追蹤，大約自_____年_____月_____日至_____年_____月_____日，共_____次。
 藥物控制，請說明藥物名稱/劑量/頻率：_____ (如不確知，請提供藥袋或處方簽)。
 住院：自_____年_____月_____日至_____年_____月_____日，約共_____天。
 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。

(2) 糖尿病或血糖異常

- 門診追蹤，大約自_____年_____月_____日至_____年_____月_____日，共_____次。
 藥物控制，請說明藥物名稱/劑量/頻率：_____ (如不確知，請提供藥袋或處方簽)。
 住院：自_____年_____月_____日至_____年_____月_____日，約共_____天。
 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) 高血脂或血脂異常

- 門診追蹤，大約自_____年_____月_____日至_____年_____月_____日，共_____次。
 藥物控制，請說明藥物名稱/劑量/頻率：_____ (如不確知，請提供藥袋或處方簽)。
 住院：自_____年_____月_____日至_____年_____月_____日，約共_____天。
 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. 目前現況：

- (1) 高血壓或血壓異常：最近一次回診時間_____年_____月；追蹤結果？_____。
最近一次回診測量血壓數值(收縮壓/舒張壓)？_____/_____mmHg。
- (2) 糖尿病或血糖異常：最近一次抽血檢查日期：_____年_____月。
最近一次飯前血糖(AC)數值：_____mg/dl，糖化血色素(HbA1C)數值：_____%。
- (3) 高血脂或血脂異常：最近一次就診時間：_____年_____月；追蹤結果？_____。
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，三酸甘油酯(TG)：_____mg/dl，
高密度脂蛋白(HDL)：_____mg/dl，其他血脂項目及數值：_____。

4. 是否曾接受相關檢查項目(可複選)？ 否 是，檢查時間約為_____年_____月。

- (1) 檢查項目： 胸部 X 光 靜止心電圖 運動心電圖 心臟超音波 心導管 血脂肪 其他_____。
- (2) 檢查結果： 正常 異常(項目_____結果_____)

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) 高血壓 腎臟疾病(蛋白尿)
 神經系統病變 視網膜或視神經病變 心臟衰竭 動脈阻塞性疾病 其他：_____。

6. 是否抽煙： 否 是，已吸煙約_____年，目前每天約吸_____包煙， 已戒除，何時：_____。
是否飲酒： 否 是，飲酒種類：_____，每週約_____次，每次_____ml/瓶。

要保人簽名：_____ 法定代理人/監護人/輔助人簽名：_____

※未滿七歲或受監護宣告尚未撤銷者，請由法定代理人或監護人代為簽名；
未成年人或受有輔助宣告尚未撤銷者，法定代理人或輔助人亦須簽名

被保險人簽名：_____ 填寫日期：_____年_____月_____日