



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/血糖偏高/尿糖偏高現象？_____年_____月。
 - (1) 當時血糖數值為何？空腹血糖值_____mg/dl，飯後血糖值_____mg/dl
 - (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，請詳述：_____（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
 - 住院，自_____年_____月_____日至_____年_____月_____日，共_____天。
 - 藥物控制，藥物名稱：_____（若不確知，請提供藥袋或處方簽）；劑量：_____。
 - A.服降血糖藥 B.注射胰島素 C.其他，請詳述：_____。
 - 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
 - 未接受治療/飲食作息調整
 - 其他(請說明治療方式及時間)：_____。
3. 治療結果及目前狀況
 - (1) 過去半年內平均血糖數值為何？
 - 平均空腹血糖值_____mg/dl，平均飯後血糖值_____mg/dl
 - (2) 是否持續追蹤或治療？ 否 是，多久追蹤一次：_____。
 - (3) 最近一次就診日期_____年_____月，就診醫院名稱：_____。
 - (4) 最近一次血糖值：
 - 空腹血糖值_____mg/dl，飯後血糖值_____mg/dl，糖化血色素值_____%
4. 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
 - 高血脂 胰島素昏迷 蛋白尿 截肢，部位：_____。
 - 其他，請詳述：_____。
5. 台端之父母或兄弟姐妹中是否罹患糖尿病？
 - 否
 - 是，關係：_____，患病時的年齡？_____歲

要保人簽名：_____	法定代理人簽名：_____
被保險人簽名：_____	填寫日期：_____年_____月_____日