



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. 您何時發現有膽固醇/三酸甘油脂偏高？_____年_____月。

(1) 當時數值為何？_____。

(2) 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？_____；醫師之建議為何？_____。

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：_____，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：_____。

未接受治療。

其他(請說明治療名稱及時間)：_____。

3. 治療結果及目前狀況

(1) 是否持續定期追蹤治療？ 否 是，最近一次就診時間：_____年_____月；
數值為_____。

(2) 最近一次接受檢查項目(可複選)及結果

A. 檢查時間：_____年_____月。

B. 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) 心電圖 (正常 異常 不確定)

心臟相關檢查 (正常 異常 不確定) 膽固醇 (正常 異常 不確定)

三酸甘油脂檢查 (正常 異常 不確定)

其他，請說明：_____ (正常 異常 不確定)。

4. 曾因膽固醇/三酸甘油脂偏高的併發症而就醫診治？

否。

是，請勾選下列病症(可複選)

心臟肥大 心肌梗塞 心臟衰竭 視網膜病變 腎衰竭 腎功能不全

動脈阻塞性疾病 其他，請說明：_____。

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