

合作金庫人壽保險股份有限公司

糖尿病/血糖偏高問卷

|   |       |
|---|-------|
| 保單號碼(身分證字號)：  | 被保險人： |
| 承蒙申請投保本公司保險，深表謝忱！惟對下列事項尚祈要、被保險人能再予補充說明，敬請填寫後回覆核保單位，謝謝您。<br><b>※請以正楷填寫，如有塗改請要被保險人於塗改處簽名確認。</b>   |       |
| 1. (1) 台端約於何時發現糖尿病或血糖異常的現象？約_____年_____月。<br>當時血糖值約為多少？空腹血糖值 = _____mg/dl，飯後血糖值 = _____mg/dl。<br>(2) 是否就診？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是<br>醫師診斷病名：_____ (若不確知，請提供診斷證明)。  |       |
| 2. 治療過程及方式(可複選)：<br><input type="checkbox"/> 門診：自_____年_____月_____日至_____年_____月_____日(最近一次診療日)。<br>是否定期門診追蹤？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，請詳述原因_____。<br><input type="checkbox"/> 藥物治療： <input type="checkbox"/> 服用降血糖藥物，名稱/劑量/頻率：_____。<br><input type="checkbox"/> 注射胰島素，名稱/劑量/頻率：_____。<br><input type="checkbox"/> 其他，請說明：_____ (若不確知，請提供藥袋或處方箋)。<br><input type="checkbox"/> 住院：自_____年_____月_____日至_____年_____月_____日，約共_____天。<br><input type="checkbox"/> 手術治療，手術名稱/部位：_____，大概手術時間：_____年_____月。<br><input type="checkbox"/> 飲食作息調整。<br><input type="checkbox"/> 未接受治療，原因：_____。<br><input type="checkbox"/> 其他(請詳述治療名稱及時間)：_____。 |       |
| 3. 治療結果及現況：<br>(1) 過去兩年內大約平均空腹血糖值：_____mg/dl，大約平均飯後血糖值：_____mg/dl。<br>(2) 最近一次診療就診日期_____年_____月<br>空腹血糖值：_____mg/dl，飯後血糖值：_____mg/dl，糖化血色素值：_____ %。   |       |
| 4. 是否曾接受 X 光、心電圖或其他心血管及腎臟功能相關檢查(如心臟超音波、運動心電圖、核醫掃描或心導管等)(可複選)？<br><input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，檢查時間：約為_____年_____月。<br>檢查項目： <input type="checkbox"/> X 光 <input type="checkbox"/> 心電圖 <input type="checkbox"/> 血液生化 <input type="checkbox"/> 其他，請說明_____。<br>檢查結果： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常，項目/結果：_____，<br>(若不確知，請提供檢查報告)。   |       |
| 5. 併發症或後遺症：<br><input type="checkbox"/> 否，無併發症或後遺症。<br><input type="checkbox"/> 是(可複選)： <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 腎臟疾病 <input type="checkbox"/> 視網膜或視神經病變 <input type="checkbox"/> 高血脂 <input type="checkbox"/> 休克或昏迷<br><input type="checkbox"/> 其他(請說明)：_____。醫師建議治療方式：_____。  |       |
| 6. 身高/體重：_____公分 _____公斤。   |       |
| 7. 是否抽煙： <input type="checkbox"/> 不抽煙 <input type="checkbox"/> 抽煙：煙齡 _____年，每日平均抽 _____包 <input type="checkbox"/> 已戒除，何時：_____。<br>是否飲酒： <input type="checkbox"/> 不飲酒 <input type="checkbox"/> 飲酒：每週 _____次，每次飲酒量 _____C.C，飲酒種類：_____。  |       |
| 要保人簽名：_____ 填寫日期：民國_____年_____月_____日<br>被保險人簽名：_____ 法定代理人簽名：_____   |       |
| (要保人或被保險人為未滿七足歲或其他無行為能力人，由法定代理人代其簽名，及於法定代理人欄位簽名；要保人或被保險人為七歲(含)以上未成年人或其他限制行為能力人，由其本人簽名，及由法定代理人於法定代理人欄位簽名。)   |       |