

合作金庫人壽保險股份有限公司

血壓異常/高血壓問卷

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。

※請以正楷填寫，如有塗改請要被保險人於塗改處簽名確認。

1. (1) 台端約於何時發現高血壓或血壓異常？約_____年_____月

當時血壓讀數約為多少？收縮壓/舒張壓＝_____mm Hg/_____mm Hg。

(2) 是否曾就診？ ☐ 否 ☐ 是

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)：

☐ 門診：約自_____年_____月_____日至_____年_____月_____日(最近一次診療日)。

是否定期門診追蹤？ ☐ 是 ☐ 否，原因_____。

☐ 藥物治療：藥物名稱/劑量/頻率：_____，(若不確知，請提供藥袋或處方簽)

是否停藥？ ☐ 否 (☐ 長期服用 ☐ 有需要時使用) ☐ 是，停藥日期約_____年_____月。

☐ 住院，大概自民國_____年_____月_____日至民國_____年_____月_____日，約共_____天。

☐ 飲食作息調整。

☐ 未接受治療，原因：_____。

☐ 其他(請詳述治療名稱及時間)：_____。

3. 過去血壓平均讀數：

(1) 過去二年內大約平均血壓讀數：收縮壓/舒張壓＝_____mm Hg/_____mm Hg。

(2) 最近三個月內大約平均血壓讀數：收縮壓/舒張壓＝_____mm Hg/_____mm Hg。

(3) 最近一次診療之時間及血壓讀數為何？_____年_____月，血壓：_____mm Hg / _____mm Hg。

4. 是否曾接受 X 光、心電圖或其他心血管相關檢查(如心臟超音波、運動心電圖、核醫掃描或心導管等)(可複選)？

☐ 否 ☐ 是，檢查時間：約為_____年_____月。

檢查項目：☐ X 光 ☐ 心電圖 ☐ 血液生化 ☐ 其他，請說明：_____，

檢查結果：☐ 正常 ☐ 異常，項目/結果：_____，

(若不確知，請提供檢查報告)。

5. 併發症或後遺症：

☐ 否，無併發症或後遺症。

☐ 是(可複選)：☐ 蛋白尿 ☐ 糖尿病 ☐ 心血管疾病 ☐ 高血脂 ☐ 視網膜病變 ☐ 腎臟疾病

☐ 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：☐ 不抽煙 ☐ 抽煙：煙齡_____年，每日平均抽_____包。

☐ 已戒除，何時：_____。

要保人簽名：_____

填寫日期：民國_____年_____月_____日

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。)