

合作金庫人壽保險股份有限公司

氣喘問卷

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) 台端約於何時發現有氣喘症狀？_____年_____月。

(2) 請說明每年大約發作次數：_____次。

2. 治療過程及方式(可複選):

☐ 門診。

☐ 藥物治療，使用藥物名稱/劑量/頻率：_____ (若不確知，請提供藥袋或處方箋)；
是否停藥？ ☐ 否 (☐ 長期服用 ☐ 有需要時使用) ☐ 是，大概停藥時間：_____年_____月。
是否曾使用類固醇藥品治療？ ☐ 否 ☐ 是 說明使用時間：約為_____年_____月至_____年_____月。

☐ 住院，大概自_____年_____月_____日至_____年_____月_____日，共_____天。

☐ 未接受治療，原因：_____。

☐ 曾因此須在家休息，次數_____次，請大概列出日期區間：_____。

☐ 其他(請詳述治療名稱及時間)：_____。

3. 治療結果及現況(可複選):

☐ 已痊癒不須再後續追蹤，最近一次大概就診時間：_____年_____月。

☐ 需定期門診：多久追蹤一次：_____，最近一次大概就診時間：_____年_____月。

☐ 仍需藥物治療：☐ 長期服用 ☐ 有需要時使用，使用藥物名稱/劑量/頻率：_____
(若不確知，請提供藥袋或處方箋)。

☐ 最近一次接受檢查項目(可複選)及結果

(1) 大概檢查時間：_____年_____月。

(2) ☐ 胸部 X 光 ☐ 肺功能 ☐ 其他(請說明)：_____。

(3) 檢查結果：☐ 正常 ☐ 異常，項目/結果：_____。
(若不確知，請提供檢查報告)。

☐ 有復發狀況：近二年內復發次數：_____次，最近一次大概復發時間：_____年_____月。

☐ 其他(請說明)：_____。

4. 併發症或後遺症：

☐ 否，無併發症或後遺症。

☐ 是，請說明症狀：_____。醫師建議治療方式：_____。

5. 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。)