



合作金庫人壽保險股份有限公司

高尿酸血症/痛風問卷

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高尿酸血症/痛風的現象？_____年_____月； 當時尿酸數值大約為何？_____mg/dl。請詳述當時症狀：_____。 (2) 是否曾就診？ ☐ 否 ☐ 是 醫師確診病因：_____ (若不確知，請提供診斷證明)。	
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。 ☐ 住院，大概自_____年_____月_____日至_____年_____月_____日，共_____天。 ☐ 手術治療，手術名稱/部位：_____，大概手術時間：_____年_____月。 ☐ 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. 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。 ☐ 仍需服藥治療： ☐ 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) ☐ 尿酸檢查 ☐ 腎功能 ☐ 尿蛋白 ☐ 腎臟超音波 ☐ 腎臟切片 ☐ 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：平均每年復發次數：_____次；每次持續時間大約多久？_____日 ☐ 週； 最近一次大概復發時間：_____年_____月。 ☐ 其他(請說明)：_____。	
4. 併發症或合併症： ☐ 否，無併發症或後遺症。 ☐ 是(可複選)： ☐ 高血壓 ☐ 蛋白尿 ☐ 血尿 ☐ 泌尿系統結石 ☐ 腎臟疾病 ☐ 關節病變 ☐ 其他(請說明)：_____ (若不確知，請提供就診歷)。	
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。)	