

# 通用疾病問卷

被保險人姓名：

保單號碼：

◎為審慎評估可保性及提供適合之承保條件，敬請說明以下問題後回覆核保單位，謝謝您。

因台端告知有\_\_\_\_\_，為進一步了解您的身體狀況，請您填寫下列第1、2點問題，若為高血壓／糖尿病／高血脂者，請填寫第1、3點問題。

## 1. 就診說明

(1)最近一次就診時間 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

就診醫院名稱\_\_\_\_\_。

(2)醫師診斷為何？\_\_\_\_\_。

(3)治療方式為何？藥物控制手術治療其他\_\_\_\_\_。

2. 是否痊癒？是(如勾選是，不需回覆下述問項) 否，請說明：

\_\_\_\_\_。

## 3. 治療結果及目前狀況

### 高血壓

是否持續定期追蹤治療？否 是，最近一次就診時間：\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月；  
血壓數值為收縮壓 \_\_\_\_\_ mmHg，舒張壓 \_\_\_\_\_ mmHg。

### 糖尿病

最近三個月血糖值：

空腹血糖值\_\_\_\_\_mg/dl，飯後血糖值\_\_\_\_\_mg/dl，糖化血色素值\_\_\_\_\_

### 高血脂

最近半年膽固醇檢測值\_\_\_\_\_。

◎本人謹此聲明上述回答屬實，特此聲明。

要保人簽名：\_\_\_\_\_

被保險人簽名：\_\_\_\_\_

填寫日期：\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日