

糖尿病／血糖偏高／尿糖偏高問卷

被保險人姓名：_____

保單號碼：_____

業務代表姓名：_____

填寫日期：_____

◎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寄回核保單位，謝謝您。

- (1)您何時發現有糖尿病或血糖偏高或尿糖偏高的現象？_____。
(2)就診醫院名稱_____。
(3)醫師診斷為何？_____。
- 2.如以藥物治療，請說明目前服藥方式？(1) 口服 注射胰島素
(2)大約何時開始接受該方式的治療？_____。
(3)目前是否固定回診？ 否 是，大約多久時間回診一次？_____。
- 3.是否有其它併發症或相關疾病？ 否 是（可複選） 高血壓 心臟病 高血脂
 視網膜病變 腎臟疾病 腦血管病變 其他：_____。
- 4.(1)是否曾住院治療？ 否 是，住院大約日期_____，醫院名稱_____。
(2)是否曾發生休克或昏迷？ 否 是，發生次數大約_____次，最近一次大約日期_____。
(3)醫師有無任何進一步建議或叮嚀事項？ 無 有，請說明：

_____。
- 5.若現在或曾經有吸煙習慣，煩請說明如下：
 現在：已吸煙約約_____年；目前每天吸煙約_____包。
 曾經：曾吸煙約約_____年；已戒煙約_____年；戒煙前每天吸煙約_____包。
 否
- 6.您是否有飲酒習慣，煩請說明如下：
 有，飲酒類型： 烈酒類 紹興／米酒類 啤酒類 其他：_____
飲酒量：_____瓶 / 每天 每週 社交性飲酒
 否

◎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：_____ 法定代理人簽名：_____

業務代表／

執業經紀人(代理人)簽名：_____