糖尿病／血糖偏高／尿糖偏高問卷

1A10

被保險人姓名：＿＿＿＿＿＿＿＿　　保單號碼：＿＿＿＿＿＿＿＿

招攬(業務)人員姓名：＿＿＿＿＿＿　　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. (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：＿＿＿＿＿＿

招攬(業務)人員簽名：＿＿＿＿＿＿＿＿