

合作金庫人壽保險股份有限公司

糖尿病/血糖偏高問卷

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) 台端約於何時發現糖尿病或血糖異常的現象？約\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月。  
當時血糖值約為多少？空腹血糖值=\_\_\_\_\_mg/dl，飯後血糖值=\_\_\_\_\_mg/dl。  
(2) 是否就診？否 是，就診醫院名稱：\_\_\_\_\_，  
醫師診斷病名：\_\_\_\_\_ (若不確知，請提供診斷證明)。

2. 治療過程及方式(可複選):  
門診:自\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日至\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日(最近一次診療日)。  
是否定期門診追蹤?是 否，請詳述原因\_\_\_\_\_。  
藥物治療：服用降血糖藥物，名稱/劑量/頻率：\_\_\_\_\_。  
注射胰島素，名稱/劑量/頻率：\_\_\_\_\_。  
其他，請說明：\_\_\_\_\_ (若不確知，請提供藥袋或處方箋)。  
住院:自\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日至\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日，約共\_\_\_\_\_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:  
(1) 過去兩年內大約平均空腹血糖值：\_\_\_\_\_mg/dl，大約平均飯後血糖值：\_\_\_\_\_mg/dl。  
(2) 最近一次診療就診日期\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月，就診醫院名稱：\_\_\_\_\_。  
空腹血糖值：\_\_\_\_\_mg/dl，飯後血糖值：\_\_\_\_\_mg/dl，糖化血色素值：\_\_\_\_\_%。

4. 是否曾接受 X 光、心電圖或其他心血管及腎臟功能相關檢查(如心臟超音波、運動心電圖、核醫掃描或心導管等)(可複選)?  
否 是，檢查時間：約為\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月。  
檢查項目：X 光 心電圖 血液生化 其他，請說明\_\_\_\_\_。  
檢查結果：正常 異常，項目/結果：\_\_\_\_\_，  
(若不確知，請提供檢查報告)。

5. 併發症或後遺症：  
否，無併發症或後遺症。  
是(可複選)：高血壓 心臟病 腎臟疾病 視網膜或視神經病變 高血脂 休克或昏迷  
其他(請說明)：\_\_\_\_\_。醫師建議治療方式：\_\_\_\_\_。

6. 身高/體重：\_\_\_\_\_公分 \_\_\_\_\_公斤。

7. 是否抽煙：不抽煙 抽煙：煙齡 \_\_\_\_\_年，每日平均抽 \_\_\_\_\_包 已戒除，何時：\_\_\_\_\_。  
是否飲酒：不飲酒 飲酒：每週 \_\_\_\_\_次，每次飲酒量 \_\_\_\_\_C.C，飲酒種類：\_\_\_\_\_。

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：_____

(要保人或被保險人未滿 20 足歲且未婚者，請法定代理人加簽)