

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，就診醫院名稱：\_\_\_\_\_。  
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，請提供藥袋或處方簽)；  
是否停藥？  否  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)：

已痊癒不再門診追蹤，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：_____

(要保人或被保險人未滿 20 足歲且未婚者，請法定代理人加簽)