

## 合作金庫人壽保險股份有限公司

### 氣喘問卷

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氣喘症狀？\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月；就診醫院名稱：\_\_\_\_\_。

(2) 請說明每年大約發作次數：\_\_\_\_\_次。

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，請提供藥袋或處方箋)；  
是否停藥？  否  是，大概停藥時間：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月。  
是否曾使用類固醇藥品治療？  否  是 說明使用時間：約為\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月至\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月。

住院，大概自\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日至\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日，共\_\_\_\_\_天。

未接受治療，原因：\_\_\_\_\_。

曾因此須在家休息，次數\_\_\_\_\_次，請大概列出日期區間：\_\_\_\_\_。

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。

仍需藥物治療： 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)  胸部 X 光  肺功能  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：近二年內復發次數：\_\_\_\_\_次，最近一次大概復發時間：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月。

其他(請說明)：\_\_\_\_\_。

4. 併發症或後遺症：

否，無併發症或後遺症。

是，請說明症狀：\_\_\_\_\_。醫師建議治療方式：\_\_\_\_\_。

5. 是否抽煙： 不抽煙  抽煙：煙齡\_\_\_\_\_年，每日平均抽\_\_\_\_\_包  已戒除，何時：\_\_\_\_\_。

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)