

合作金庫人壽保險股份有限公司

膽固醇/三酸甘油酯偏高問卷

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) 台端約於何時發現有膽固醇/三酸甘油酯偏高症狀？_____年_____月。當時大約數值：_____mg/dl。
(2) 是否曾就診？ 否。 是，就診醫院名稱：_____；
醫師確診病名：_____ (若不確知，請提供診斷證明)。

2. 治療過程及方式(可複選)：

門診。

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。

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) 膽固醇/三酸甘油酯檢查 超音波 胸部 X 光 心電圖
 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：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(可複選)， 高血壓 心血管疾病 糖尿病 其他(請說明)：_____。
醫師建議治療方式：_____。

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)