

高尿酸血症/痛風/關節炎問卷

要保人姓名：	被保險人姓名：
保單號碼：	招攬單位：

承蒙 台端投保本公司保險；深表謝忱！惟對下列事項尚祈要、被保險人能予以補充說明，敬請填寫本問卷後回覆本公司為荷，在此感謝您的合作！

1、台端大約於何時發現有此症狀？_____年_____月_____日

就診醫院名稱？_____

醫師診斷病名（若是關節炎請指出屬於何種類型之關節炎）？_____

2、是否有關節疼痛現象？否 是，疼痛部位？_____

有無關節變形現象？ 無 有，變形部位：_____

3、平均每年約復發幾次？_____次

每次持續時間約多久？_____

4、是否服用藥物治療？否 是，請說明何種藥物：_____

是否長期服用？ 是 否

5、是否曾住院治療？ 否 是，則住院期間約為何時？_____醫院名稱？_____

6、目前情況如何？_____

7、若為高尿酸血症或痛風，則最近一次尿酸檢查約為何時？_____年_____月_____日，

尿酸值約：_____

8、其他補充事項：

要保人簽名：_____ 法定代理人簽名：_____

被保險人簽名：_____

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

