

糖尿病問卷

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糖尿病？_____年_____月_____日

就診醫院或檢驗院名稱？_____

醫師診斷屬於那一型的糖尿病？第一型 胰島素依賴型(IDDM)

第二型 非胰島素依賴型(NIDDM)

2、目前控制血糖的方式如何？ 飲食 藥物 注射胰島素

如為藥物或注射胰島素，則每天劑量多少？_____

3、最近檢查之空腹血糖值、糖化血色素值(HbA1C)為何？

檢查日期大約為_____年_____月_____日

空腹血糖值：_____

糖化血色素值(HbA1C)：_____

4、目前是否患有或曾經患有下列疾病、症狀或其他併發症：

否

是(請勾選)：血壓異常(血壓值_____/____mmHg) 飲酒習慣 心臟血管疾病

糖尿病性昏迷 血脂肪過高 血糖過低休克 酮尿 末梢血管疾病

腎臟傷害 尿蛋白 視網膜病變

其他(請詳述) _____

5、是否有吸菸習慣？否 是，則每天約吸菸_____支

6、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

