

心臟疾病問卷

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！

- 您大約於何時發現？____年____月____日
 - 當時症狀(可複選)：胸悶胸痛呼吸短促呼吸困難活動力下降四肢無力心絞痛
心悸暈眩心律不整水腫血壓異常其他：_____
 - 醫師確診病名為何？_____，就診醫院名稱？_____
 - 造成原因：心肌梗塞冠狀動脈疾病心臟衰竭心臟瓣膜疾病先天性心臟異常
高血壓糖尿病細菌感染藥物其他：_____ (請詳述)
 - 是否有下列病史？否 是：請勾選(可複選)
高血壓高血脂糖尿病心律不整缺血性心臟病其他：_____
- 您是否曾接受治療？ 否 是，請勾選並填寫下列問題(可複選)
 - 門診治療：門診期間約：_____至_____
 - 住院治療：住院期間約：_____至_____
 - 手術治療：手術日期：_____，手術名稱：_____
 - 藥物治療：治療期間：_____至_____，藥物名稱：_____

(若不清楚，請提供處方箋或藥袋)

其他：_____
- 治療結果及目前狀況
 - 已痊癒不再追蹤，最近1次就診時間：_____年_____月
 - 需定期追蹤，多久追蹤1次？_____，最近1次就診時間：_____年_____月
追蹤診療形式：_____，請說明追蹤診療結果：_____
 - 有復發狀況：復發次數____次，最近1次復發時間：_____年_____月
復發情形請詳述：_____
 - 是否有後遺症或併發症：否； 是：請詳述：_____
- 您是否有飲酒習慣？否 是：每周飲酒____瓶，約有____年
- 您現在或曾經是否有吸煙習慣？否 是：請說明如下
 - 現在：每天吸煙約____支，約有____年
 - 曾經：曾吸煙約____年；已戒煙約____年；戒煙前每天吸煙約____支

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

