



國泰世紀產物保險股份有限公司

疾病問卷

親愛的保戶 您好：

感謝您投保本公司商品，為進一步了解您的身體狀況，請您填寫下列問題，謝謝合作。

請您務必填寫每一項問題

一、1. 您大約在何時「第一次」被醫師診斷有上列疾病？民國_____年_____月

2. 當時就診醫院名稱（分院）?：_____

3. 當時的治療方式：門診 住院 手術 定期服藥控制 洗腎 放射線(化學)治療

4. 是否有其他合併症？否 是(心臟病 腦中風 腎臟疾病 糖尿病 手腳麻麻
視網膜病變(視力模糊) 白內障 青光眼 嗜睡 其他_____

二、1. 醫生有無提出後續治療建議？無 持續追蹤 定期服藥 手術 放射線(化學)治療

2. 多久回診一次？不須回診 不定期 每月 每季 每半年 每年

3. 回診結果有無異常發現？無 有(詳細內容：_____)

4. 是否有定期服藥控制？無 不定期(有症狀時才服藥) 有(定期服藥)

請填寫藥袋上之藥物名稱(中文或英文)及服藥次數。

藥物1：_____ (1天用藥：_____次)

藥物2：_____ (1天用藥：_____次)

藥物3：_____ (1天用藥：_____次)

三、1. 最近回診的時間？無回診 有回診(日期：民國_____年_____月)

2. 最近回診的原因？例行追蹤 定期拿藥 手術 住院 洗腎 放射線(化學)治療
身體感覺不舒服(詳細內容：_____)

3. 是否知道自己最近半年內的各項身體檢查數值狀況？否 是(請勾選下列內容)

(1)項目：血壓 血糖 肝功能 腎功能 血液檢查 尿液檢查 其他(_____)

(2)各項檢驗結果：_____

(3)在何處進行檢查：健檢中心健康檢查 醫院定期回診拿藥 在家自行測量

關於上述問題，本人業已清楚瞭解且確實回答，以利貴公司進行核保評估。

被保險人簽名：_____ 填寫日期：_____