



血壓異常 / 高血壓問卷

要保號碼：

被保險人：

請被保險人詳述下列問題，填寫後交回俾能迅速完成核保作業，以維護被保險人及 台端權益，感謝您的配合。

1. (a) 台端何時發現高血壓？(b) 當時血壓值(收縮壓 / 舒張壓)？(c) 醫師診斷之病因為何？

答：(a)

(b)

(c)

2. (a) 目前就診醫院名稱？(b) 使用藥品名稱？如已停止服用藥物，請說明停止日期及原因。

答：(a)

(b)

3. (a) 過去兩年內之平均血壓值？(b) 最近一次量血壓日期及血壓值？

答：(a)

(b)

4. (a) 是否有因高血壓而生之相關併發症？如有，請說明診斷之病名。(b) 有無高血壓性眼底網膜病變發現？

答：(a)

(b)

5. 是否曾做 X 光、心電圖或其他心臟相關檢查？(b) 若是，請說明檢查時間？地點？結果如何？

答：(a)

(b)

6. 現在或曾經有吸菸習慣？是 ☐ 否 ☐。若是，煩請說明：

☐ 現在：已吸菸約 年，目前每天吸菸約 包。

☐ 曾經：曾吸菸約 年，已戒菸約 年，戒菸前每天吸菸約 包。

◎ 聲明本人自要保書簽章之日起迄今身體狀況無任何改變或任何就診紀錄、檢查。

此致 華南產物保險股份有限公司

要保人：_____ 簽章

填寫日期：民國 年 月 日

被保險人：_____ 簽章

經手人：_____

法定代理人：_____ 簽章