



保單號碼：	被保險人：	身分證字號：
-------	-------	--------

本人申請 貴公司保險，補充說明如下：

1. 您何時發現有膽固醇/三酸甘油酯偏高？\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月。

(1) 當時數值為何？\_\_\_\_\_。

(2) 是否因此就醫診治？

否。

是，就診、追蹤之醫院名稱及地點：\_\_\_\_\_，  
醫師之診斷原因為何？\_\_\_\_\_；醫師之建議為何？\_\_\_\_\_。

2. 治療過程(可複選)

門診。

住院，自\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日至\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日，共\_\_\_\_\_天。

藥物控制，藥物名稱：\_\_\_\_\_，劑量：\_\_\_\_\_；  
用法：每日\_\_\_\_\_次，每次\_\_\_\_\_顆(若不確知，請提供藥袋或處方簽)；  
是否停藥： 否  是，何時停藥？\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月，原因：\_\_\_\_\_。

未接受治療。

其他(請說明治療名稱及時間)：\_\_\_\_\_。

3. 治療結果及目前狀況

(1) 是否持續定期追蹤治療？ 否  是，最近一次就診時間：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月；  
數值為\_\_\_\_\_。

(2) 最近一次接受檢查項目(可複選)及結果

A. 檢查時間：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月。

B. 檢查項目及結果：(※若勾選「異常」或「不確定」者，請提供檢查報告)

胸部 X 光 ( 正常  異常  不確定)       心電圖 ( 正常  異常  不確定)

心臟相關檢查 ( 正常  異常  不確定)       膽固醇 ( 正常  異常  不確定)

三酸甘油酯檢查 ( 正常  異常  不確定)

其他，請說明：\_\_\_\_\_ ( 正常  異常  不確定)。

4. 曾因膽固醇/三酸甘油酯偏高的併發症而就醫診治？

否。

是，請勾選下列病症(可複選)

心臟肥大     心肌梗塞     心臟衰竭     視網膜病變     腎衰竭     腎功能不全

動脈阻塞性疾病     其他，請說明：\_\_\_\_\_。

---

要保人簽名：\_\_\_\_\_ 法定代理人簽名：\_\_\_\_\_

被保險人簽名：\_\_\_\_\_ 填寫日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日