



台灣人壽保險股份有限公司

血壓異常／高血壓問卷

保單號碼：_____ 被保險人姓名：_____

- 1、(1)請問您的高血壓病史約_____年，目前是否持續追蹤：是 否
 (2)醫師確診診斷病名：_____
 (3)就診醫院名稱/地點，請詳述：_____
- 2、您是否曾接受治療：否(未接受治療) 是，請勾選下列問題(可複選)
藥物治療：藥物治療期間：_____~_____
住院治療：醫院名稱/地點：_____，約略住院期間：_____~_____
其他：_____
- 3、最近一次量血壓之約略日期：_____及約略血壓讀數：_____
- 4、您是否有因高血壓引起之相關併發症：無 蛋白尿 糖尿病 高血脂 視網
 膜病變 心血管疾病 腎臟疾病 其它：_____，治療方式：_____
- 5、您是否曾作胸部X光、心電圖、心導管檢查及其它心臟相關的檢查：
否 是，請說明檢查項目：_____，約略檢查日期：_____，檢查結果：_____
- 6、您現在或曾經有吸煙習慣：否 是，請說明：
現在：已吸煙約_____年；目前每天吸煙約_____包
曾經：曾吸煙約_____年；已戒煙約_____年；戒煙前每天吸煙約_____包

要保人簽章：_____ 招攬/服務人員簽名：_____
(未滿7足歲由法定代理人代簽)

被保險人簽章：_____ 登錄字號/執業證書編號：_____
(未滿7足歲由法定代理人代簽)

法定代理人/監護人/輔助人簽章：_____ 單位名稱：_____
(如要保人/被保險人為未成年或已受有監護宣告/輔助宣告尚未撤銷者，需其法定代理人/監護人/輔助人一併簽章)

填寫日期：中華民國_____年_____月_____日

