

心血管疾病與糖尿病參保前資格評估表 (HMO C-SNP)

本表必須連同 Brand New Day Embrace Care Plan (HMO C-SNP)39、Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) 40 和 Embrace Care Plan (HMO C-SNP) 47 投保申請表一起提交。

名：	中間名：	姓：
性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期：	

臨床資格審查問題

如果勾選下列任一項，則申請人符合預審資格。

您是否曾被醫生告知患有下列任何疾病？

(請勾選所有適用項目)

心血管疾病，比如：

- 心律不整
- 冠狀動脈疾病 (CAD)
- 外周血管疾病
- 慢性靜脈血栓栓塞性疾病

糖尿病

慢性心力衰竭 (CHF)

用藥問題

1. 您目前或過去是否服用藥物來治療上面所列的疾病？ 是 否

2. 您是否注射過胰島素？ 是 否

3. 您是否服用過降血糖藥甲福明？ 是 否

4. 您目前正在服用哪些藥物？ _____

主治醫生： _____

醫生姓名

任職診所或地點和電話號碼

專科醫生： _____

專科醫生姓名

任職診所或地點和電話號碼

申請人簽名： _____ 日期： _____