

參保前資格評估表 心血管疾病和糖尿病 (HMO CSNP)

本表必須連同 Brand New Day Embrace Care 計劃 (HMO CSNP) 39 與 Brand New Day Embrace Choice 計劃 (HMO CSNP) 40 的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？(請勾選所有適用的項目)

- 心血管疾病
 糖尿病
 心臟衰竭(任何一種)
 高血壓 (階段 A CHF)
 高血壓性心臟病合併慢性腎臟疾病
 卒中病史

用藥問題

1. 您目前或過去是否為了上面所列的疾病服用藥物？ 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：
--------	-----