



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. 何時發現有氣喘？_____年_____月；最初發的始期是在：兒童時期 成年以後

(1) 何種原因誘發氣喘塵蟎花粉氣溫變化藥物運動其他_____。

(2) 就診、追蹤之醫院名稱及地點：_____。

2. 每次發作持續時間約多久？_____。

過去兩年發作幾次？_____；最近一次發病的時間為何？_____年_____月。

3. 治療過程(可複選)

門診

住院，自_____年_____月_____日至_____年_____月_____日，共_____天。

服藥治療，藥物名稱：_____ (若不確知，請提供藥袋或處方箋)，劑量：_____。

使用方式：噴霧吸入 口服或注射 其他，請詳述：_____

是否停藥：否 是，何時停藥？_____年_____月，原因：_____。

手術治療，手術部位及名稱：_____，手術時間：_____年_____月。

未接受治療

其他(請說明治療方式時間)：_____。

4. 治療結果及目前狀況(可複選)

定期門診：多久追蹤一次：_____，最近一次就診時間：_____年_____月。

仍需服藥治療：長期服用 有需要時服用；

藥物名稱：_____ (若不確知，請提供藥袋或處方箋)，劑量：_____。

最近一次接受檢查項目(可複選)及結果

(1) 檢查時間：_____年_____月。

(2) 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) 肺功能 (正常 異常 不確定)

其他檢查，請說明：_____ (正常 異常 不確定)

其他補充說明：_____。

5. 是否造成後遺症或併發症？

否

是，請說明如下 (可複選)：

肺氣腫 慢性阻塞性肺疾病 肺擴張不全 支氣管擴張 呼吸衰竭

其他，請詳述：_____。

6. 是否吸煙？

否

是，已吸煙約_____年，目前每天約吸_____包煙；已戒煙約_____年，曾吸煙約_____年，戒煙前每天約吸_____包煙。

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