



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. 本人於\_\_\_\_年\_\_\_\_月 因臨床症狀：\_\_\_\_\_就診。

(1) 就診、追蹤之醫院名稱及地點：\_\_\_\_\_。

(2) 發生原因？ 外傷 其他：\_\_\_\_\_。

(3) 發生部位？ 左側 右側 雙側

(4) 診斷病名(可複選)： 急性中耳炎慢性中耳炎外耳炎乳突炎小耳症突發性耳聾  
梅尼爾氏症重聽耳聾聽力受損耳硬化症鼓膜穿孔 耳膽脂瘤  
其他，請說明：\_\_\_\_\_。

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：\_\_\_\_\_；  
 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) 已完全康復，最後治療時間\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日。

(2) 持續定期追蹤治療？最近一次就診時間：\_\_\_\_年\_\_\_\_月；  
 定期追蹤醫院為\_\_\_\_\_。

(3) 藥物治療中，藥物名稱：\_\_\_\_\_，劑量：\_\_\_\_\_；

4. 是否有下列症狀：否 是，請勾選(可複選)  
暈眩耳鳴耳痛耳漏聽覺喪失其他，請說明：\_\_\_\_\_。

5. 目前雙耳聽力值：  
 左耳\_\_\_\_分貝(db)，右耳\_\_\_\_分貝(db)

6. 相關併發症就醫診治？  
否。  
是，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