



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