



保單號碼：	被保險人：	身分證字號：
<p>本人申請 貴公司保險，補充說明如下：</p> <p>1. 何時發現？_____年_____月</p> <p>(1) 醫師確診病名為：<input type="checkbox"/>類風濕性關節炎 <input type="checkbox"/>僵直性脊椎炎<input type="checkbox"/>退化性關節炎<input type="checkbox"/>椎間盤突出  <input type="checkbox"/>乾燥症 <input type="checkbox"/>其他，請說明：_____（若不確知，請提供就診病歷）。</p> <p>(2) 是否有下列現象？<input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有，請勾選(可複選)。  <input type="checkbox"/>疼痛 <input type="checkbox"/>關節變形 <input type="checkbox"/>關節粘連 <input type="checkbox"/>關節僵硬 <input type="checkbox"/>肌肉萎縮</p> <p>(3) 侵犯的部位？<input type="checkbox"/>頸椎 <input type="checkbox"/>胸椎 <input type="checkbox"/>腰椎 <input type="checkbox"/>薦椎 <input type="checkbox"/>尾椎 <input type="checkbox"/>髖部 <input type="checkbox"/>足部 <input type="checkbox"/>膝部 <input type="checkbox"/>踝部  <input type="checkbox"/>腳趾 <input type="checkbox"/>肩部 <input type="checkbox"/>手肘 <input type="checkbox"/>手腕 <input type="checkbox"/>手指 <input type="checkbox"/>其他，請說明：_____。</p> <p>(4) 就診、追蹤之醫院名稱及地點：_____。</p> <p>(5) 平均每年發作次數_____次，每次持續多久？_____天；最近一次發作時間_____年_____月</p> <p>2. 是否影響日常生活或工作？甚至於無法從事原來的工作？<input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>是，休息天數_____</p> <p>3. 治療過程(可複選)</p> <p><input type="checkbox"/>門診</p> <p><input type="checkbox"/>住院，大概自_____年_____月_____日至_____年_____月_____日，共_____天。</p> <p><input type="checkbox"/>服藥治療，藥物名稱：_____（若不確知，請提供藥袋或處方箋），劑量：_____。          是否停藥：<input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>是，何時停藥？_____年_____月，原因：_____。</p> <p><input type="checkbox"/>手術治療，手術部位及名稱：_____，手術時間：_____年_____月。</p> <p><input type="checkbox"/>類固醇治療</p> <p><input type="checkbox"/>未接受治療</p> <p><input type="checkbox"/>其他(請說明治療方式及時間)：_____。</p> <p>4. 治療結果及目前狀況(可複選)</p> <p><input type="checkbox"/>已痊癒不再門診追蹤，最近一次大概就診時間：_____年_____月。</p> <p><input type="checkbox"/>定期門診，多久追蹤一次：_____，最近一次大概就診時間：_____年_____月。</p> <p><input type="checkbox"/>仍需服藥治療：<input type="checkbox"/>長期服用 <input type="checkbox"/>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：_____。</p> <p><input type="checkbox"/>最近一次接受檢查項目(可複選)及結果</p> <p>(1) 檢查時間：_____年_____月</p> <p>(2) 檢查項目：(*若勾選「異常」或「不確定」者，請提供檢查報告)</p> <p><input type="checkbox"/>尿酸檢查(<input type="checkbox"/>正常 <input type="checkbox"/>異常 <input type="checkbox"/>不確定) <input type="checkbox"/>腎功能(<input type="checkbox"/>正常 <input type="checkbox"/>異常 <input type="checkbox"/>不確定)</p> <p><input type="checkbox"/>尿液常規(<input type="checkbox"/>正常 <input type="checkbox"/>異常 <input type="checkbox"/>不確定) <input type="checkbox"/>腎臟超音波(<input type="checkbox"/>正常 <input type="checkbox"/>異常 <input type="checkbox"/>不確定)</p> <p><input type="checkbox"/>腎臟切片(<input type="checkbox"/>正常 <input type="checkbox"/>異常 <input type="checkbox"/>不確定) <input type="checkbox"/>X光，請說明部位：_____。</p> <p><input type="checkbox"/>其他，請說明：_____（<input type="checkbox"/>正常 <input type="checkbox"/>異常 <input type="checkbox"/>不確定)</p> <p><input type="checkbox"/>其他補充說明：_____。</p> <p>5. 是否造成後遺症或併發症？</p> <p><input type="checkbox"/>否</p> <p><input type="checkbox"/>是，請說明如下(可複選)：</p> <p><input type="checkbox"/>高血壓 <input type="checkbox"/>蛋白尿 <input type="checkbox"/>血尿 <input type="checkbox"/>泌尿系統結石 <input type="checkbox"/>腎臟疾病 <input type="checkbox"/>神經痛 <input type="checkbox"/>神經炎</p> <p><input type="checkbox"/>其他，請說明：_____（若不確知，請提供就診病歷）。</p>		
<p>要保人簽名：_____ 法定代理人簽名：_____</p>		
<p>被保險人簽名：_____ 填寫日期：_____年_____月_____日</p>		