



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) 當時診斷為何？_____。

(2) 就診、追蹤之醫院名稱及地點：_____，
醫師之建議為何？_____。

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：_____；
用法：每日____次，每次____顆(若不確知，請提供藥袋或處方簽)；
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) 觀察中，平均每年發病____次，每次發病約____日，最近一次發病時間：_____。

(3) 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_____。

(4) 藥物治療中，藥物名稱：_____，劑量：_____；
用法：每日____次，每次____顆(若不確知，請提供藥袋或處方簽)；

(5) 最近一次接受檢查項目及結果

A. 檢查時間：____年____月。

B. 檢查項目：_____。

C. 結果：正常，數值_____。 「異常」或「不確定」者，請提供檢查報告。

4. 相關併發症就醫診治？

否。

是，請勾選下列病症(可複選)

心臟血管系統 內分泌系統 神經系統 消化系統 泌尿生殖系統 呼吸系統

肌肉或骨骼系統 其他，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