



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：

- 何時發現有呼吸器官疾病？\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月。
  - 請詳述當時症狀：咳嗽 咳痰(血) 呼吸困難 其他，請詳述\_\_\_\_\_。
  - 當時醫診斷結果為何？
   
肺炎 支氣管炎 肺氣腫 支氣管擴張症 肺結核 慢性阻塞性肺疾病
   
自發性氣胸 外力性氣胸 其他，請詳述\_\_\_\_\_。
  - 就診、追蹤之醫院名稱及地點：\_\_\_\_\_。
- 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：\_\_\_\_\_；
   
長期服藥治療是 否，何時停藥？\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月，原因：\_\_\_\_\_。
   
手術治療，手術名稱/部位：\_\_\_\_\_，手術時間：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月。
   
類固醇治療。
   
未接受治療。
   
其他(請說明治療名稱及時間)：\_\_\_\_\_。
- 治療結果及目前狀況(可複選)
   
已痊癒不再門診追蹤，最近一次就診時間：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月。
   
定期門診：多久追蹤一次：\_\_\_\_\_，最近一次就診時間：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月。
   
服藥治療：
   
長期服用 有需要時使用；
   
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
  - 檢查時間：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月。
  - 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，請說明：\_\_\_\_\_ (正常 異常 不確定)。  
有復發狀況：近二年內復發次數：\_\_\_\_\_次，最近一次復發時間：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月。
   
其他，請說明：\_\_\_\_\_。
- 是否造成後遺症或併發症？
   
否。是，請詳述：\_\_\_\_\_。
- 吸煙的習慣：
   
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