



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. 何時發現有呼吸器官疾病？_____年_____月。</p> <p>(1) 請詳述當時症狀：<input type="checkbox"/>咳嗽 <input type="checkbox"/>咳痰(血) <input type="checkbox"/>呼吸困難 <input type="checkbox"/>其他，請詳述_____。</p> <p>(2) 當時醫診斷結果為何？</p> <p><input type="checkbox"/>肺炎 <input type="checkbox"/>支氣管炎 <input type="checkbox"/>肺氣腫 <input type="checkbox"/>支氣管擴張症 <input type="checkbox"/>肺結核 <input type="checkbox"/>慢性阻塞性肺疾病</p> <p><input type="checkbox"/>自發性氣胸 <input type="checkbox"/>外力性氣胸 <input type="checkbox"/>其他，請詳述_____。</p> <p>(3) 就診、追蹤之醫院名稱及地點：_____。</p> <p>2. 治療過程(可複選)</p> <p><input type="checkbox"/>門診。</p> <p><input type="checkbox"/>住院，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：_____；</p> <p>長期服藥治療<input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否，何時停藥？_____年_____月，原因：_____。</p> <p><input type="checkbox"/>手術治療，手術名稱/部位：_____，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(請說明治療名稱及時間)：_____。</p> <p>3. 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：_____，最近一次就診時間：_____年_____月。</p> <p><input type="checkbox"/>服藥治療：</p> <p><input type="checkbox"/>長期服用 <input type="checkbox"/>有需要時使用；</p> <p>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) 檢查項目及結果：(※若勾選「異常」或「不確定」者，請提供檢查報告)</p> <p><input type="checkbox"/>胸部 X 光 (<input type="checkbox"/>正常 <input type="checkbox"/>異常 <input type="checkbox"/>不確定)。</p> <p><input type="checkbox"/>肺功能 (<input type="checkbox"/>正常 <input type="checkbox"/>異常 <input type="checkbox"/>不確定)。</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"/>有復發狀況：近二年內復發次數：_____次，最近一次復發時間：_____年_____月。</p> <p><input type="checkbox"/>其他，請說明：_____。</p> <p>4. 是否造成後遺症或併發症？</p> <p><input type="checkbox"/>否。<input type="checkbox"/>是，請詳述：_____。</p> <p>5. 吸煙的習慣：</p> <p><input type="checkbox"/>否。<input type="checkbox"/>是，已吸煙約_____年，目前每天約吸_____包煙；</p> <p><input type="checkbox"/>已戒煙約_____年，曾吸煙約_____年，戒煙前每天約吸_____包煙。</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>		