



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) 診斷病名(可複選)：流產不孕症月經異常前庭腺炎外陰炎子宮內膜異位症  
乳房膿腫乳腺炎乳房纖維囊腫乳房腫瘤子宮頸炎陰道炎子宮異常出血

(3) 子宮頸瘻肉子宮脫垂子宮外孕卵巢腫瘤其他，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。

手術名稱：\_\_\_\_\_。

如有切除腫瘤或異物，請說明病理檢查良性惡性；腫瘤期數零期一期二期三期四期。

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) 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：\_\_\_\_\_。

(5) 結果：正常，數值\_\_\_\_\_。 「異常」或「不確定」者，請提供檢查報告

4. 是否有復發：

發作次數\_\_\_\_\_次，最近一次時間：\_\_\_\_年\_\_\_\_月

5. 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