



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. 何時發現小兒麻痺？_____年_____月
 造成原因：_____。

就診、追蹤之醫院名稱及地點：_____。

2. 治療過程（可複選）

需定期門診：多久追蹤一次：_____，最近一次大概就診時間：_____年_____月。

是否需服藥治療：

否

是，藥物名稱：_____（若不確知，請提供藥袋或處方箋）；劑量：_____

長期服用

有需要時使用

其他補充說明：_____

3. 治療結果及目前狀況（可複選）

需使用輔助器：支架 輪椅 鐵鞋 義肢 其他輔助器具_____；

使用輔助器之部位（可複選）：左、右/上、下肢（請圈選） 雙上肢 雙下肢

其他_____

最近一次接受檢查項目（可複選）及結果

(1) 檢查時間：_____年_____月

(2) 檢查項目及結果：

胸部 X 光檢查（正常 異常）

心電圖檢查（正常 異常）

其他，請說明：_____（正常 異常）

不確定（若不確定，請提供檢查報告）

4. 是否造成後遺症或併發症？

否

是，請說明如下（可複選）：

呼吸機能異常 心臟機能異常 泌尿系統機能異常 脊柱側彎 骨盆變形

胸廓變形 其他機能異常或喪失，請詳述：_____（若不確知，請提供就診病歷）

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