



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. 何時發現有泌尿系統/結石疾病？_____年_____月</p> <p>(1) 當時醫師確診病名：_____ (若不確知，請提供診斷證明)，就診醫院名稱：_____。</p> <p>(2) 若為結石，結石部位：</p> <p><input type="checkbox"/> 腎臟 (<input type="checkbox"/> 單側 <input type="checkbox"/> 雙側)    <input type="checkbox"/> 輸尿管 (<input type="checkbox"/> 單側 <input type="checkbox"/> 雙側)    <input type="checkbox"/> 膀胱    <input type="checkbox"/> 尿道</p> <p><input type="checkbox"/> 其他：_____</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>是否停藥：<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，何時停藥？_____年_____月，原因：_____。</p> <p><input type="checkbox"/> 手術治療，手術部位及名稱：_____，手術時間：_____年_____月。</p> <p><input type="checkbox"/> 超音波體外碎石術</p> <p><input type="checkbox"/> 未接受治療</p> <p><input type="checkbox"/> 其他(請說明治療方式及時間)：_____。</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"/> 仍需服藥治療：<input type="checkbox"/> 長期服用 <input type="checkbox"/> 有需要時服用；</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"/> 腎功能檢查 (<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 不確定)</p> <p><input type="checkbox"/> 電腦斷層攝影 (<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 不確定)</p> <p><input type="checkbox"/> 尿液常規檢查 (<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 不確定)</p> <p><input type="checkbox"/> 腹部超音波 (<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 不確定)</p> <p><input type="checkbox"/> X光 (<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 不確定)</p> <p><input type="checkbox"/> 核磁共振 (<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 不確定)</p> <p><input type="checkbox"/> 腎盂攝影 (<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，近三年內復發次數：_____次，最近一次復發時間：_____年_____月。</p> <p>4. 是否造成後遺症或併發症？</p> <p><input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，<input type="checkbox"/> 尿路阻塞 <input type="checkbox"/> 腎盂積水 <input type="checkbox"/> 尿路感染 <input type="checkbox"/> 腎功能損傷 <input type="checkbox"/> 其他，請詳述：_____。</p> <p>5. 結石是否已完全排出或取出？</p> <p><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，請詳述：_____。</p>		
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