



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. 何時發現有消化性潰瘍或消化道疾病症狀？\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月

(1) 當時症狀(可複選)：吐血血便/黑便患部出血其他，請詳述\_\_\_\_\_。

(2) 醫師確診病名為：

咽炎咽喉炎喉炎舌炎口腔炎下頷腺炎腮腺炎食道炎胃炎胃潰瘍

腸胃炎大腸炎潰瘍性大腸炎小腸炎結腸炎十二指腸炎闌尾炎胰臟炎

膽囊炎 (總)膽管炎憩室炎腹膜炎直腸炎口腔潰瘍食道潰瘍消化性潰瘍

食道潰瘍十二指腸潰瘍其他，請詳述：\_\_\_\_\_ (若不確知，請提供診斷證明)

(3) 就診、追蹤之醫院名稱及地點：\_\_\_\_\_。

(4) 是否曾作過下列檢查？否 是，【腸胃道內視鏡檢查 X光 腹部超音波  
乙狀結腸鏡檢查 糞便檢查 抽血檢查 病理切片檢查 幽門桿菌檢查】

檢查日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月；

檢查結果：正常 異常 不確定 (※若勾選「異常」或「不確定」者，請提供檢查報告)

2. 治療過程(可複選)

門診

住院，大約自\_\_\_\_\_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：\_\_\_\_\_。

是否停藥：否 是，何時停藥？\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月，原因：\_\_\_\_\_。

手術治療，手術部位及名稱(請詳述切除部位)：\_\_\_\_\_，

手術時間：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月。

未接受治療

其他(請說明治療方式及時間)：\_\_\_\_\_。

3. 治療結果及目前狀況(可複選)

已痊癒不再門診追蹤，最近一次大約就診時間：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月

定期門診，多久追蹤一次：\_\_\_\_\_，最近一次大約就診時間：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月

仍需服藥治療：長期服用 有需要時服用；

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

(1) 檢查時間：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月。

(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)

胃鏡 (正常 異常 不確定)

上消化道攝影 (正常 異常 不確定)

病理切片檢查 (正常 異常 不確定)

幽門桿菌檢查 (正常 異常 不確定)

其他，請說明：\_\_\_\_\_ (正常 異常 不確定)

有復發狀況：最近二年復發次數：\_\_\_\_\_次，最近一次復發時間：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月。

其他補充說明：\_\_\_\_\_。

4. 是否有飲酒習慣？否 是，飲酒量：社交性飲酒 每\_\_\_\_\_週\_\_\_\_\_天\_\_\_\_\_瓶。

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