



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？_____年_____月

(1) 醫師確診病名為：痛風 高尿酸血症 痛風性關節炎 原發性痛風 續發性痛風
其他，請說明：_____（若不確知，請提供就診病歷）。

(2) 侵犯的部位？_____

(3) 有無關節變形的現象？無 有，變形之部位_____。

(4) 就診、追蹤之醫院名稱及地點：_____。

(5) 平均每年發作次數_____次，每次持續多久？_____天；最近一次發作時間_____年_____月

2. 治療過程(可複選)

門診

住院，大概自_____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：_____，手術時間：_____年_____月。

類固醇治療

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，最近一次大概就診時間：_____年_____月。

定期門診，多久追蹤一次：_____，最近一次大概就診時間：_____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：(*若勾選「異常」或「不確定」者，請提供檢查報告)

尿酸檢查(正常 異常 不確定) 腎功能(正常 異常 不確定)

尿液常規(正常 異常 不確定) 腎臟超音波(正常 異常 不確定)

腎臟切片(正常 異常 不確定) X光，請說明部位：_____。

其他，請說明：_____（正常 異常 不確定）

其他補充說明：_____。

4. 是否影響日常生活或工作？甚至於無法從事原來的工作？否 是

5. 是否造成後遺症或併發症？

否

是，請說明如下(可複選)：

高血壓 蛋白尿 血尿 泌尿系統結石 腎臟疾病 關節炎

其他，請說明：_____（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