



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) 發生原因？糖尿病 意外 紫外線或紅外線傷害 年齡老化 其他：\_\_\_\_\_。

(3) 發生部位？左眼 右眼 雙眼

(4) 診斷病名(可複選)：霰粒腫麥粒腫針眼白內障青光眼視網膜剝離視網膜病變  
視網膜出血視網膜中央動脈阻塞視網膜炎色素性視網膜炎黃斑部病變色盲  
弱視視神經萎縮 視神經炎角膜炎角膜潰瘍 虹膜炎葡萄膜炎  
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。

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. 目前雙眼視力值：

裸視：左眼\_\_\_\_\_，右眼\_\_\_\_\_

矯正後視力：左眼\_\_\_\_\_，右眼\_\_\_\_\_

5. 若有青光眼或眼壓異常史，請一併告知目前雙眼眼壓值：

眼壓：左眼\_\_\_\_\_毫米汞柱(mmHg)，右眼\_\_\_\_\_毫米汞柱(mmHg)

6. 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