



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：		
<p>1. 本人於____年____月 因臨床症狀：_____ 就診。</p> <p>(1) 就診、追蹤之醫院名稱及地點：_____。</p> <p>(2) 發生原因？ <input type="checkbox"/>外傷 <input type="checkbox"/>其他：_____。</p> <p>(3) 發生部位？ <input type="checkbox"/>左側 <input type="checkbox"/>右側 <input type="checkbox"/>雙側</p> <p>(4) 診斷病名(可複選)：<input type="checkbox"/>急性中耳炎<input type="checkbox"/>慢性中耳炎<input type="checkbox"/>外耳炎<input type="checkbox"/>乳突炎<input type="checkbox"/>小耳症<input type="checkbox"/>突發性耳聾 <input type="checkbox"/>梅尼爾氏症<input type="checkbox"/>重聽<input type="checkbox"/>耳聾<input type="checkbox"/>聽力受損<input type="checkbox"/>耳硬化症<input type="checkbox"/>鼓膜穿孔 <input type="checkbox"/>耳膽脂瘤 <input type="checkbox"/>其他，請說明：_____。</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"/>藥物控制，藥物名稱：_____，劑量：_____； 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"/>未接受治療。</p> <p><input type="checkbox"/>其他(請說明治療名稱及時間)：_____。</p> <p>3. 治療結果及目前狀況</p> <p>(1) <input type="checkbox"/>已完全康復，最後治療時間____年____月____日。</p> <p>(2) <input type="checkbox"/>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_____。</p> <p>(3) <input type="checkbox"/>藥物治療中，藥物名稱：_____，劑量：_____；</p> <p>4. 是否有下列症狀：<input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>是，請勾選(可複選) <input type="checkbox"/>暈眩<input type="checkbox"/>耳鳴<input type="checkbox"/>耳痛<input type="checkbox"/>耳漏<input type="checkbox"/>聽覺喪失<input type="checkbox"/>其他，請說明：_____。</p> <p>5. 目前雙耳聽力值： 左耳____分貝(db)，右耳____分貝(db)</p> <p>6. 相關併發症就醫診治？ <input type="checkbox"/>否。 <input type="checkbox"/>是，請說明：_____。</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