



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. 大約發生時間：_____年_____月，事故原因(請詳述)：_____。

(1) 醫生診斷病名：_____ (若不確知，請提供診斷證明書)；

(2) 當時是否有以下狀況(可複選)：

- 頭部外傷 顱內出血 腦震盪現象 昏迷或失去知覺 骨折(部位：_____)
- 其他：_____ 以上皆無。

2. 治療過程(可複選)

門診，大約自_____年_____月_____日至_____年_____月_____日，共_____次。

急診，大約自_____年_____月_____日至_____年_____月_____日，共_____次。

住院，大約自_____年_____月_____日至_____年_____月_____日，共_____天。

手術治療：(1) 手術部位及名稱：_____，有無植入內固定物？ 無 有，

(2) 內固定物是否已移除？ 否 是，移除日期：_____年_____月_____日。

服藥治療，藥物名稱及劑量：_____ (若不確知，請提供藥袋或處方箋)。

是否停藥： 否 是，何時停藥？_____年_____月，原因：_____。

就診期間曾接受何種相關檢驗項目及結果：_____。

其他(請說明治療方式及時間)：_____。

未接受治療。

3. 治療結果及目前狀況

(1) 目前是否需持續復健中？ 否 是，最近一次復健日期：_____年_____月，
復健方式：_____ (如熱敷/電療/針灸)。

(2) 目前是否需持續追蹤檢查？ 否 是，多久追蹤一次：_____，

需追蹤檢查的原因：_____，檢查項目及結果？_____。

最後一次就診時間：_____年_____月，結果為何？_____。

(3) 醫生是否有任何醫囑事項？ 否 是，請詳述：_____。

4. 受傷部位是否有任何機能喪失或缺損之情形？ 否 是，

(1) 請詳述其情形：_____；

(2) 是否需要使用輔具？ 否 是，使用輔具： 輪椅 拐杖(單側/ 雙側) 助行器
 其他_____。

5. 是否造成後遺症或併發症？ 否 是，請勾選(可複選)：

頭痛 暈眩 噁心 嘔吐 容易倦怠或嗜睡 部份記憶喪失 記憶/視力減退 癱瘓

言語不清 水腦症/引流管置放 咀嚼/吞嚥困難 精神/神經障礙 肢體活動受限

平衡障礙 其他，請詳述：_____。

6. 目前是否已痊癒？ 是 否，請詳述：_____。

7. 是否有飲酒習慣？ 否 是，飲酒類型：_____，每週_____次，每次_____ml/瓶。

要保人簽名：_____ 法定代理人/監護人/輔助人簽名：_____

(未成年人、受有監護宣告或受輔助宣告尚未撤銷者，請法定代理人/監護人/輔助人簽名)

被保險人簽名：_____ 填寫日期：_____年_____月_____日