



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，如何發現？身體不適 健康檢查 其他_____。
 (1)發現時症狀：_____。
 (2)醫師診斷病名為：
A型肝炎 B型肝炎 C型肝炎 D型肝炎 E型肝炎 猛暴性肝炎 慢性肝炎
藥物誘發及中毒性肝炎 酒精性肝炎 自體免疫肝炎 肝血管瘤 肝囊腫 肝結節
脂肪肝(程度：輕度 中度 重度) 肝功能異常 其他：_____。
 (3)患病時肝功能指數是否正常？是 否，請說明_____ (若不確知，請提供檢驗報告)。
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。
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：_____。
手術治療，手術部位及名稱：_____，手術時間：_____年_____月。
其他(請說明治療名稱及時間)：_____。
未接受治療。
3. 是否有定期追蹤肝功能抽血檢查/腹部超音波等相關檢查項目？否 是，
 (1)多久定期追蹤檢查一次？一個月 三個月 六個月 一年 其他_____。
 (2)檢查項目及結果(可複選)：(※若有「異常」或「不確定」者，請提供檢查報告)
肝功能指數：最近一次檢查日期：_____年_____月，
 檢查結果：GOT_____、GPT_____、r-GT_____、HBsAg：陽性 陰性
 HBeAg：陽性 陰性、其它：_____。
腹部超音波：最近一次檢查日期：_____年_____月，
 檢查結果：脂肪肝(程度：輕度 中度 重度) 肝囊腫 肝血管瘤 肝腫大
肝實質病變 其他：_____ 正常
肝臟穿刺檢查：最近一次檢查日期：_____年_____月，
 檢查結果：_____，醫生建議穿刺檢查原因：_____。
其他檢查項目及結果：_____ (正常 異常 不確定)。
4. 治療結果及目前狀況
 (1)是否持續追蹤治療？否 是，多久追蹤一次：_____。
 (2)最近一次就診時間：_____年_____月_____日；追蹤結果如何？_____。
 (3)醫生是否有任何醫囑事項？否 是，請詳述：_____。
5. 是否有飲酒習慣？否 是，飲酒類型：_____，每週_____次，每次_____ml/瓶。
6. 是否造成後遺症或併發症？否 是，請詳述：_____。

要保人簽名：_____ 法定代理人/監護人/輔助人簽名：_____

(未成年、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