



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. 何時發現有呼吸系統疾病？\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月，
  - (1)當時症狀？咳嗽 咳痰 咳血 呼吸困難 其他，請詳述：\_\_\_\_\_。
  - (2)診斷病名：
    - 肺炎 急性支氣管炎 慢性支氣管炎 肺氣腫 支氣管擴張症 睡眠呼吸中止症
    - 肺結核 慢性阻塞性肺疾病 自發性氣胸 外力性氣胸 其他：\_\_\_\_\_。
  - (3)就診、追蹤之醫院名稱及地點：\_\_\_\_\_。
  
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，請提供藥袋或處方簽)；  
是否停藥：否 是，何時停藥？\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月，原因：\_\_\_\_\_。
  - 手術治療，手術名稱/部位：\_\_\_\_\_，手術時間：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月。
  - 類固醇治療：口服 噴劑 其他\_\_\_\_\_。
  - 其他(請說明治療名稱及時間)：\_\_\_\_\_。
  - 未接受治療。
  
3. 是否曾接受相關檢查項目(可複選)？否 是，
  - (1)檢查時間：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月。
  - (2)檢查項目及結果：(※若勾選「異常」或「不確定」者，請提供檢查報告)
    - 胸部 X 光 (正常 異常 不確定)
    - 肺功能 (正常 異常 不確定)
    - 其他，請說明：\_\_\_\_\_ (正常 異常 不確定)。
  
4. 治療結果及目前狀況
  - (1)是否持續定期追蹤治療？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：\_\_\_\_\_。
  - (4)是否曾復發？否 是，復發次數：\_\_\_\_\_次，最近一次復發時間：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月，  
請詳述復發情形：\_\_\_\_\_。
  - (5)目前是否已痊癒？是 否，請詳述：\_\_\_\_\_。
  
5. 是否造成後遺症或併發症？否 是，請詳述：\_\_\_\_\_。
  
6. 現在或曾經是否有吸煙習慣？否 是，請說明如下：
  - 已吸煙約\_\_\_\_\_年，目前每天約吸\_\_\_\_\_包煙；
  - 已戒煙約\_\_\_\_\_年，曾吸煙約\_\_\_\_\_年，戒煙前每天約吸\_\_\_\_\_包煙，  
戒菸原因：醫生建議 為了健康 其他\_\_\_\_\_。

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