



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. 何時發現或初次就診？\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日，
  - (1)如何發現？身體不適 健康檢查 其他\_\_\_\_\_。
  - (2)當時症狀？頻尿 血尿 排尿不順暢 發燒 腰部鈍痛 其他：\_\_\_\_\_。
  - (3)診斷病名：急性腎盂腎炎 慢性腎盂腎炎 急性腎絲球腎炎 慢性腎絲球腎炎 急性腎衰竭  
慢性腎衰竭 慢性腎病變 腎病症候群 多囊腎 膀胱脫垂 間質性膀胱炎  
輸尿管/膀胱逆流 應力性尿失禁 精索靜脈曲張 前列腺(攝護腺)肥大  
前列腺(攝護腺)發炎 其他：\_\_\_\_\_ (若不確知，請提供診斷證明)。
  
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。
  - 洗腎。
  - 腹膜透析。
  - 其他(請說明治療方式及時間)：\_\_\_\_\_。
  - 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)
 

<input type="checkbox"/> 腎功能 ( <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 不確定)	<input type="checkbox"/> 尿液常規 ( <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 不確定)
<input type="checkbox"/> 腹部X光 ( <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 不確定)	<input type="checkbox"/> 腹部超音波 ( <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 不確定)
<input type="checkbox"/> 核磁共振 ( <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 不確定)	<input type="checkbox"/> 攝護腺超音波 ( <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 不確定)
<input type="checkbox"/> 腎盂攝影 ( <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 不確定)	<input type="checkbox"/> 電腦斷層攝影 ( <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 不確定)
<input type="checkbox"/> 其他，請說明：_____ ( <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 不確定)。	
  - (3)如為前列腺(攝護腺)疾病，請提供 PSA 數值：\_\_\_\_\_。
  
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)是否曾復發？否 是，復發次數：\_\_\_\_\_次，最近一次復發時間：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月，  
治療方式為何？\_\_\_\_\_，醫囑：\_\_\_\_\_。
  - (4)目前是否已痊癒？是 否，請說明：\_\_\_\_\_。
  
5. 是否造成後遺症或併發症？  
否 是，尿路阻塞 腎盂積水 尿路感染 腎功能損傷 其他：\_\_\_\_\_。
  
6. 是否合併有其他病症(可複選)？高血壓(血壓異常) 高血脂症(膽固醇或三酸甘油酯異常)  
糖尿病(血糖異常) 心臟疾病 其他：\_\_\_\_\_  
無其他病症。

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