



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. 何時發現有消化系統疾病？_____年_____月，當時症狀：_____。

(1)醫師診斷病名為(可複選)：胃食道逆流 食道炎 胃炎 胃潰瘍 腸胃炎 大腸炎
潰瘍性大腸炎 小腸炎 結腸炎 十二指腸炎 闌尾炎 胰臟炎 膽囊炎/結石
 (總)膽管炎 憩室炎 腹膜炎 直腸炎 食道潰瘍 消化性潰瘍 十二指腸潰瘍
其他：_____ (若不確知，請提供診斷證明)。

(2)是否曾因消化道疾病有過下列情形？
消化道出血 吐血 血便 解黑便 貧血 其他：_____ 以上皆無。

(3)是否有幽門桿菌感染？否 是，治療期間：_____年_____月~ _____年_____月止，
 治療方式：_____，治療結果：_____。

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(請詳述切除部位)：_____，
 手術時間：_____年_____月，病理檢驗結果：良性 惡性，期數_____期(請提供病理切片報告)。

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"/> 胃鏡 (<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 不確定)	<input type="checkbox"/> 上消化道攝影 (<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 不確定)
<input type="checkbox"/> 大腸鏡 (<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"/> 糞便檢查 (<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 不確定)	<input type="checkbox"/> 病理切片檢查 (<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 不確定)
<input type="checkbox"/> 抽血檢查 (<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 不確定)	<input type="checkbox"/> 幽門桿菌檢查 (<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)。	

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：_____。

(4)是否有復發狀況？否 是，請說明如下：
 最近二年復發次數：_____次，最近一次復發時間：_____年_____月。

5. 是否造成後遺症或併發症？否 是，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