



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，當時尿酸(UA)指數為何？_____。
 (1)如何發現？身體不適 健康檢查 其他_____。
 (2)發作或侵犯的部位(如腳大拇趾、手大拇指、手指/腳趾關節…)？_____。
 (3)有無關節變形或僵硬的現象？無 有，請詳述部位：_____。
 (4)平均每年發作次數_____次，每次持續多久？_____天；最近一次發作時間_____年_____月。
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。
類固醇治療。
其他(請說明治療方式及時間)：_____。
未接受治療。
3. 相關檢查項目及結果：(*若有「異常」或「不確定」者，請提供檢查報告)
 (1)最近一次檢查尿酸(UA)時間：_____年_____月，尿酸(UA)數值？_____。
 (2)是否接受其他檢查項目？否 是，請說明檢查項目及結果：_____。
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；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。
 (5)是否已痊癒？是 否，請說明：_____。
5. 是否影響日常生活或工作？甚至於無法從事原來的工作？否 是。
6. 是否造成後遺症或併發症？否 是，請勾選(可複選)：
高血壓(血壓異常) 泌尿道感染 蛋白尿 血尿 泌尿系統結石 關節變形 關節炎
糖尿病(血糖異常) 腎臟疾病 其他：_____ (若不確知，請提供就診病歷)。
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