



| | | |
|-------|-------|--------|
| 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：

- 何時開始有體重下降情況？_____年_____月；體重下降為：突發式 漸進式 控制式
體重下降期間為何？自_____年_____月_____日至_____年_____月_____日。
- 造成體重下降的原因(可複選)：
藥物 運動 精神壓力 因疾病造成，請說明：_____。
手術：_____ 其他：_____。
- 是否曾因體重下降而就診？否 是，醫生診斷病名：_____。
- 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，手術部位及名稱：_____，手術時間：_____年_____月。
其他(請說明治療方式及時間)：_____。
未接受治療。
- 治療結果及目前狀況 (※若未曾就診，則本問項可免回答)
 (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)是否曾接受相關檢查項目？否 是，請說明如下：
 A. 檢查時間：_____年_____月。
 B. 檢查項目：_____。
 C. 檢查結果：正常 異常 不確定 (※若勾選「異常」或「不確定」者，請提供檢查報告)。
- 是否因體重下降或減重而產生不適症狀？否 是，請詳述症狀：_____。
- 請您再次確認目前身高/體重：身高為_____公分，體重為_____公斤，
若與要保書告知不相符，請一併提供證明文件。

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