



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