



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. 何時發現有氣喘或初次發作時間？\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月；
  - (1)最初發的始期是在：兒童時期 成年以後
  - (2)何種原因誘發氣喘？塵蟎 花粉 氣溫變化 藥物 運動 其他\_\_\_\_\_。
  - (3)多久發作一次？\_\_\_\_次/日 \_\_\_\_次/周 \_\_\_\_次/月 \_\_\_\_次/年 其他\_\_\_\_\_ 無。
  - (4)每次發作持續時間約多久？\_\_\_\_\_；
  - (5)過去兩年發作幾次？\_\_\_\_\_；最近一次發病的時間為何？\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月。
  - (6)是否曾在夜間發病？否 是，最近一次夜間發作時間：\_\_\_\_\_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）。
    - (1)使用方式(可複選)：噴霧吸入 口服 注射 其他，請詳述：\_\_\_\_\_。
    - (2)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)
    - 胸部 X 光 (正常 異常 不確定) 肺功能 (正常 異常 不確定)
    - 其他，請說明：\_\_\_\_\_ (正常 異常 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)目前是否需藥物控制？否 是，
    - 平常控制或發作時使用藥物種類：支氣管擴張劑 吸入性噴霧劑 吸入式交感神經奮劑
    - 吸入型/口服型類固醇 其他：\_\_\_\_\_。
    - 過去一年內是否有症狀加重或使用頻率增加之情形？否 是，請說明：\_\_\_\_\_。
  - (4)醫生是否有任何醫囑事項？否 是，請詳述：\_\_\_\_\_。
5. 是否造成後遺症或併發症？否 是，請勾選(可複選)：
  - 肺氣腫 慢性阻塞性肺疾病 肺擴張不全 支氣管擴張 呼吸衰竭 支氣管炎
  - 其他，請詳述：\_\_\_\_\_。
6. 現在或曾經是否有吸煙習慣？否 是，請說明如下：
  - 已吸煙約\_\_\_\_\_年，目前每天約吸\_\_\_\_\_包煙；
  - 已戒煙約\_\_\_\_\_年，曾吸煙約\_\_\_\_\_年，戒煙前每天約吸\_\_\_\_\_包煙，
  - 戒菸原因：醫生建議 為了健康 其他\_\_\_\_\_。

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