



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. 何時發現或初次就診？_____年_____月，

(1)如何發現？身體不適 健康檢查 其他_____。

(2)當時症狀？視覺模糊 視野缺失 視力減退 其他：_____ 無症狀。

(3)發生原因(可複選)：

先天性

後天如：意外 感染 過敏 年齡老化 糖尿病 高血壓 免疫系統疾病

藥物引起 職業傷害 高度近視 其他：_____。

(4)發生部位：左眼 右眼 雙眼。

(5)診斷病名(可複選)：

霰粒腫/麥粒腫 白內障 青光眼 角膜炎 角膜潰瘍 視網膜剝離 視網膜病變

視網膜中央動脈阻塞 視網膜炎 視神經炎 黃斑部病變 視神經萎縮 葡萄膜炎

虹膜炎 弱視 色盲 失明 其他：_____ (若不確知，請提供診斷證明書)。

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。

藥物控制，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(請說明治療名稱及時間)：_____。

未接受治療。

3. 是否曾接受相關檢查項目？否 是，

(1)檢查時間：_____年_____月。

(2)檢查項目：_____。

(3)檢查結果：正常 異常 不確定 (※若有「異常」或「不確定」者，請提供檢查報告)。

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. 目前雙眼視力值(萬國式視力值)：

(1)裸視視力：左眼_____，右眼_____。

(2)矯正後視力：左眼_____，右眼_____。

(3)若有青光眼或眼壓異常史，請告知目前雙眼眼壓值：左眼_____/右眼_____mmHg。

6. 是否造成後遺症或併發症？否 是，請說明：_____。

要保人簽名：_____ 法定代理人/監護人/輔助人簽名：_____

(未成年、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