



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_____日，當時症狀？_____。

(1)如何發現？身體不適 健康檢查 其他_____。

(2)診斷病名：_____。

(3)就診、追蹤之醫院名稱及地點：_____。

(4)當時醫師之建議為何？_____。

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：_____，劑量：_____；
用法：每日_____次，每次_____顆(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)目前是否已痊癒？是 否，請詳述：_____。

5. 是否造成後遺症或併發症？否 是，請詳述：_____。

6. 是否曾因相關併發症就醫診治？否 是，請勾選下列病症(可複選)：

心臟血管系統 內分泌系統 神經系統 消化系統 泌尿生殖系統 肌肉或骨骼系統

呼吸系統 其他，請說明：_____。

7. 是否有飲酒/吸煙習慣？否 是，請說明如下：

飲酒習慣，飲酒類型：_____，每週_____次，每次_____ml/瓶。

吸煙習慣，已吸煙約_____年，目前每天約_____包煙。

※若本次告知疾病已有制式問卷(EX:高血壓問卷)，請務必填寫該問卷，以避免二次照會。

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