



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)造成原因？意外事故 先天 疾病病名：_____ 其他_____。
 (2)診斷病名(可複選)：腦性麻痺 小兒麻痺 腦中風 腦外傷 截肢 其他_____。

2. 肢體障礙或缺損部位(可複選)：
右側：肩關節 上肢 肘關節 腕關節 拇指 食指 中指 無名指 小指
腕關節 下肢 膝關節 踝關節 足趾(請說明第幾足趾：_____)
左側：肩關節 上肢 肘關節 腕關節 拇指 食指 中指 無名指 小指
腕關節 下肢 膝關節 踝關節 足趾(請說明第幾足趾：_____)
其他部位(請詳述)：_____。
 上述勾選部位，請說明其情形：機能障礙 缺損 長短腳

3. 目前肢體障礙部位是否有下列情形？否 是，請勾選(可複選)
肌肉萎縮 無法隨意識任意活動 關節完全強直 關節完全麻痺
縮短異常(手/腳)約_____公分 喪失生理運動範圍二分之一以上
喪失生理運動範圍三分之一以上 關節活動度限制(提舉/屈曲/伸展度)約_____度
其他_____。

4. 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(請說明治療名稱及時間)：_____。
未接受治療。

5. 治療結果及目前狀況(可複選)
無須持續追蹤治療，最後就診時間_____年_____月_____日。
目前仍持續定期追蹤治療中，最近一次就診時間：_____年_____月，
 請說明持續就診原因：_____，醫囑：_____。
需使用輔助器：支架 輪椅 鐵鞋 義肢 單拐 雙拐 其他：_____；
 使用輔助器之部位(可複選)：左、右/上、下肢(請圈選) 雙上肢 雙下肢
其他_____。
最近一次接受檢查項目(可複選)及結果
 (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) 心電圖 (正常 異常 不確定)
其他，請說明：_____ (正常 異常 不確定)。

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