



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？\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月，如何發現？身體不適 健康檢查 其他\_\_\_\_\_。
- (1) 醫師診斷病名為：類風濕性關節炎 退化性關節炎 其他：\_\_\_\_\_。
- (2) 是否有下列症狀？否 是，請勾選(可複選)：  
疼痛 關節變形 關節粘連 關節僵硬 肌肉萎縮 其他：\_\_\_\_\_。
- (3) 侵犯的部位？  
頸椎 胸椎 腰椎 薦椎 尾椎 髖部 足部 膝部 踝部 腳趾 肩部  
手肘 手腕 手指 其他，請說明：\_\_\_\_\_。
- (4) 就診、追蹤之醫院名稱及地點：\_\_\_\_\_。
- (5) 平均每年發作次數\_\_\_\_\_次，每次持續多久？\_\_\_\_\_天；最近一次發作時間\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月。
2. 是否影響日常生活或工作？甚至於無法從事原來的的工作？否 是，休息天數：\_\_\_\_\_天。
3. 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)。  
 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。  
類固醇治療。  
其他(請說明治療方式及時間)：\_\_\_\_\_。  
未接受治療。
4. 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)  
尿酸檢查 (正常 異常 不確定)      腎功能 (正常 異常 不確定)  
尿液常規 (正常 異常 不確定)      腎臟超音波 (正常 異常 不確定)  
腎臟切片 (正常 異常 不確定)  
X光，請說明部位：\_\_\_\_\_ (正常 異常 不確定)  
其他，請說明：\_\_\_\_\_ (正常 異常 不確定)。
5. 治療結果及目前狀況(可複選)  
 (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：\_\_\_\_\_。
6. 是否造成後遺症或併發症？否 是，請說明如下(可複選)：  
高血壓(血壓異常) 泌尿道感染 蛋白尿 血尿 泌尿系統結石 腎臟疾病 關節炎  
糖尿病(血糖異常) 其他，請說明：\_\_\_\_\_ (若不確知，請提供就診病歷)。
7. 是否有飲酒習慣？否 是，飲酒類型：\_\_\_\_\_，每週\_\_\_\_\_次，每次\_\_\_\_\_ml/瓶。

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