



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) 當時症狀：耳痛 耳部積膿 聽力下降 耳鳴 突發性耳聾 眩暈 平衡失調
頭痛 其他，請詳述：_____。

(2) 發生部位？左側 右側 雙側。

(3) 診斷病名(可複選)：
急性中耳炎 慢性中耳炎 外耳炎 乳突炎 小耳症 突發性耳聾 梅尼爾氏症
重聽 耳聾 聽力受損 耳硬化症 鼓膜穿孔 耳膽脂瘤 其他：_____。

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。

戴助聽器治療，何時開始：_____年_____月。

其他(請說明治療名稱及時間)：_____。

未接受治療。

3. 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，
請詳述復發情形：_____。

(5) 目前是否已痊癒？是 否，請詳述：_____。

4. 目前聽力是否正常？是 否，目前聽力狀況：左耳_____分貝，右耳_____分貝。

5. 是否造成後遺症或併發症？否 是，請說明：_____。

6. 是否合併有其他異常病史？否 是，請勾選下列病症(可複選)：
高血壓(血壓異常) 糖尿病(血糖異常) 高血脂症(膽固醇或三酸甘油酯異常)
腎臟疾病(蛋白尿) 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