



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. 初次就診時間：_____年_____月，就診科別：_____。
 (1) 當時有哪些不適症狀？_____。
 (2) 診斷病名：_____。
 (3) 就診、追蹤之醫院名稱及地點：_____。
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：_____，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：_____。
 其他(請說明治療名稱及時間)：_____。
 未接受治療。
3. 請問造成該疾病的相關因素(可複選)? 工作 學業 情感 家庭 藥物 酒
 疾病，請說明疾病名稱：_____。
 其他_____。
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) 目前是否參與職能治療? 否 是，請說明治療方式：_____。
5. 是否曾因此疾病而有自我傷害身體的行為/思想? 否 是，請詳述：_____。
6. 目前是否仍有下列症狀出現? 否 是，請勾選(可複選)：
 情緒低落 注意力下降 易疲勞 食慾減退 自我肯定和信心減弱 思維及情感異常
 有自殺念頭或舉動 錯覺或幻覺 睡眠障礙 其他：_____。
7. 此症狀發作情形為何? 僅一次發作，發作時間：_____年_____月
 發作二次以上，最近一次發作時間：_____年_____月。
8. 有無合併下列病症? 否 是，請勾選(可複選)：
 憂鬱症 躁鬱症 精神官能症 更年期 失眠 睡眠障礙 睡眠呼吸中止症
 其他：_____。
9. 是否申領重大傷病卡? 否 是，請提供正反面影本。

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