



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，
- (1)當時症狀？\_\_\_\_\_，當時血色素(Hb)數值？\_\_\_\_\_。
- (2)如何發現？身體不適 健康檢查 其他\_\_\_\_\_。
- (3)診斷病名：地中海貧血 $\alpha$ 型 地中海貧血 $\beta$ 型 缺鐵性貧血 蠶豆症(G6PD 缺乏症)  
其他疾病引起，請說明病名：\_\_\_\_\_ 其他：\_\_\_\_\_。
- (4)是否曾因貧血或溶血急診、住院？否 是，請詳述如下：  
 事故日、事故次數、就診之醫院名稱：\_\_\_\_\_。

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。
- 輸血治療，輸血次數\_\_\_\_\_次，輸血量\_\_\_\_\_cc/袋，  
 最近一次輸血時間：\_\_\_\_\_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)請提供最近一次血色素檢查日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月，血色素(Hb)數值？\_\_\_\_\_。
- (4)醫生是否有任何醫囑事項？否 是，請詳述：\_\_\_\_\_。

5. 是否造成後遺症或併發症？否 是，請詳述：\_\_\_\_\_。

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