



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？耳鳴 突發性耳聾 頭痛 視力模糊 心悸 喘 噁心感 天旋地轉
其他，請詳述：_____。

(2) 診斷病名：_____。

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。

3. 是否曾接受相關檢查項目？否 是，

(1) 檢查時間：_____年_____月。

(2) 檢查項目及結果：(※若有「異常」或「不確定」者，請提供檢查報告)

聽力檢查 (正常 異常 不確定) 腦幹檢查 (正常 異常 不確定)

腦波檢查 (正常 異常 不確定) 前庭功能檢查 (正常 異常 不確定)

平衡功能檢查 (正常 異常 不確定) 核磁共振 (正常 異常 不確定)

電腦斷層掃描 (正常 異常 不確定)

其他，請說明：_____ (正常 異常 不確定)。

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) 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：_____。

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