



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)如何發現？身體不適 健康檢查 意外事故 其他\_\_\_\_\_。
  - (2)當時症狀？肢體感覺異常 肢體疼痛或麻痺 運動障礙 肌肉無力 步態異常  
關節痠痛 關節發炎 關節紅腫 其他，請詳述：\_\_\_\_\_。
  - (3)診斷病名：僵直性脊椎炎 椎間盤突出(部位：\_\_\_\_\_) 脊椎側彎 椎間滑脫  
脊椎損傷 脊椎狹窄 其他：\_\_\_\_\_ (若不確知，請提供診斷證明)。
  - (4)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。
  - 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。
  - 復健治療，自\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月至\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月，復健部位：\_\_\_\_\_。
  - 其他(請說明治療方式及時間)：\_\_\_\_\_。
  - 未接受治療。
  
3. 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)
    - 血液檢查 (正常 異常 不確定)    胸部 X 光 (正常 異常 不確定)
    - 椎間盤造影術 (正常 異常 不確定)    核磁共振 (正常 異常 不確定)
    - 電腦斷層攝影 (正常 異常 不確定)    脊髓攝影 (正常 異常 不確定)
    - 神經傳導檢測 (正常 異常 不確定)    肌電圖檢查 (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(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)是否已痊癒？是 否，請說明：\_\_\_\_\_。
  
5. 是否需使用輔助器？否 是，請詳述使用器具及部位：\_\_\_\_\_。
  
6. 是否造成機能喪失或障礙等後遺症或併發症？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