



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：		
<p>1. 本人於____年____月 因臨床症狀：_____就診。</p> <p>(1) 當時診斷為何？_____。</p> <p>(2) 就診、追蹤之醫院名稱及地點：_____, 醫師之建議為何？_____。</p> <p>2. 治療過程(可複選)</p> <p><input type="checkbox"/>門診。</p> <p><input type="checkbox"/>住院，自____年____月____日至____年____月____日，共____天。</p> <p><input type="checkbox"/>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：<input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>是，何時停藥？____年____月，原因：_____。</p> <p><input type="checkbox"/>未接受治療。</p> <p><input type="checkbox"/>其他(請說明治療名稱及時間)：_____。</p> <p>3. 治療結果及目前狀況</p> <p>(1) <input type="checkbox"/>已完全康復，最後治療時間____年____月____日。</p> <p>(2) <input type="checkbox"/>觀察中，平均每年發病____次，每次發病約____日，最近一次發病時間：_____。</p> <p>(3) <input type="checkbox"/>持續定期追蹤治療？最近一次就診時間：____年____月； 定期追蹤醫院為_____。</p> <p>(4) <input type="checkbox"/>藥物治療中，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)；</p> <p>(5) 最近一次接受檢查項目及結果</p> <p>A. 檢查時間：____年____月。</p> <p>B. 檢查項目：_____。</p> <p>C. 結果：<input type="checkbox"/>正常，數值_____。 <input type="checkbox"/>「異常」或「不確定」者，請提供檢查報告。</p> <p>4. 相關併發症就醫診治？</p> <p><input type="checkbox"/>否。</p> <p><input type="checkbox"/>是，請勾選下列病症(可複選)</p> <p><input type="checkbox"/>心臟血管系統 <input type="checkbox"/>內分泌系統 <input type="checkbox"/>神經系統 <input type="checkbox"/>消化系統 <input type="checkbox"/>泌尿生殖系統 <input type="checkbox"/>呼吸系統</p> <p><input type="checkbox"/>肌肉或骨骼系統 <input type="checkbox"/>其他，請說明：_____。</p>		
<p>要保人簽名：_____ 法定代理人簽名：_____</p> <p>被保險人簽名：_____ 填寫日期：____年____月____日</p>		