



保單號碼：	被保險人：	身分證字號：
<p>本人申請 貴公司保險，補充說明如下：</p> <p>1. 何時發現小兒麻痺？_____年_____月          造成原因：_____。</p> <p>就診、追蹤之醫院名稱及地點：_____。</p> <p>2. 治療過程（可複選）</p> <p><input type="checkbox"/>需定期門診：多久追蹤一次：_____，最近一次大概就診時間：_____年_____月。</p> <p><input type="checkbox"/>是否需服藥治療：</p> <p><input type="checkbox"/>否</p> <p><input type="checkbox"/>是，藥物名稱：_____（若不確知，請提供藥袋或處方箋）；劑量：_____</p> <p><input type="checkbox"/>長期服用</p> <p><input type="checkbox"/>有需要時使用</p> <p><input type="checkbox"/>其他補充說明：_____</p> <p>3. 治療結果及目前狀況（可複選）</p> <p><input type="checkbox"/>需使用輔助器：<input type="checkbox"/>支架 <input type="checkbox"/>輪椅 <input type="checkbox"/>鐵鞋 <input type="checkbox"/>義肢 <input type="checkbox"/>其他輔助器具_____；</p> <p>使用輔助器之部位（可複選）：<input type="checkbox"/>左、右/上、下肢（請圈選） <input type="checkbox"/>雙上肢 <input type="checkbox"/>雙下肢</p> <p><input type="checkbox"/>其他_____</p> <p><input type="checkbox"/>最近一次接受檢查項目（可複選）及結果</p> <p>(1) 檢查時間：_____年_____月</p> <p>(2) 檢查項目及結果：</p> <p><input type="checkbox"/>胸部 X 光檢查（<input type="checkbox"/>正常 <input type="checkbox"/>異常）</p> <p><input type="checkbox"/>心電圖檢查（<input type="checkbox"/>正常 <input type="checkbox"/>異常）</p> <p><input type="checkbox"/>其他，請說明：_____（<input type="checkbox"/>正常 <input type="checkbox"/>異常）</p> <p><input type="checkbox"/>不確定（若不確定，請提供檢查報告）</p> <p>4. 是否造成後遺症或併發症？</p> <p><input type="checkbox"/>否</p> <p><input type="checkbox"/>是，請說明如下（可複選）：</p> <p><input type="checkbox"/>呼吸機能異常 <input type="checkbox"/>心臟機能異常 <input type="checkbox"/>泌尿系統機能異常 <input type="checkbox"/>脊柱側彎 <input type="checkbox"/>骨盆變形</p> <p><input type="checkbox"/>胸廓變形 <input type="checkbox"/>其他機能異常或喪失，請詳述：_____（若不確知，請提供就診病歷）</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>		