



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？_____年_____月

(1) 醫師確診病名為：

- A 型肝炎 B 型肝炎 C 型肝炎 D 型肝炎 E 型肝炎
藥物誘發及中毒性肝炎 酒精性肝炎 自體免疫肝炎 肝血管瘤 肝囊腫
脂肪肝 (程度：輕、中、重度) 其他_____，請詳述：_____。

(2) 歷次檢查中是否曾做過腹部超音波？否 是，請說明檢查結果？正常 肝血管瘤
肝囊腫 肝腫大 脂肪肝 其他_____，請詳述：_____。

(3) 患病時肝功能指數為何？(若不確知，請提供檢驗報告)

GOT：_____、GPT：_____、r-GT：_____、HBeAg：陽性 陰性、其它：_____

(4) 就診、追蹤之醫院名稱及地點：_____。

2. 治療過程(可複選)

門診

住院，大概自_____年_____月_____日至_____年_____月_____日，共_____天

服藥治療，藥物名稱：_____ (若不確知，請提供藥袋或處方箋)，劑量：_____。

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。

未接受治療

其他(請說明治療名稱及時間)：_____。

3. 治療結果及目前狀況(可複選)

定期門診：多久追蹤一次：_____，最近一次就診時間：_____年_____月。

仍需服藥治療：長期服用 有需要時服用；

藥物名稱：_____ (若不確知，請提供藥袋或處方箋)，劑量：_____。

最近一次做肝功能檢查之日期？_____年_____月。

肝功能指數為何？(若不確知，請提供檢驗報告)

GOT：_____、GPT：_____、r-GT：_____、HBeAg：陽性 陰性、其它：_____

有復發狀況：復發次數：_____次，最近一次復發時間：_____年_____月。

其他補充說明：_____

4. 是否有飲酒習慣？否 是，飲酒量：社交性飲酒 每_____週_____天_____瓶

5. 是否造成後遺症或併發症？否 是，請詳述：_____

要保人簽名：_____ 法定代理人簽名：_____

被保險人簽名：_____ 填寫日期：_____年_____月_____日