

體重下降問卷



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. 何時開始有體重下降情況？_____年_____月；體重下降為：突發式 漸進式

2. 造成體重下降的原因(可複選)：

藥物 運動 精神壓力 因疾病造成，請說明：_____。

手術：_____ 其他：_____。

3. 治療過程(可複選)

門診

住院，自_____年_____月_____日至_____年_____月_____日，共_____天。

服藥治療，藥物名稱：_____ (若不確知，請提供藥袋或處方簽)；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(請說明治療方式及時間)：_____。

4. 治療結果及目前狀況(可複選)

已痊癒不再門診追蹤，最近一次就診時間：_____年_____月。

需定期門診，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：_____。

最近一次接受檢查項目及結果

(1) 檢查時間：_____年_____月。

(2) 檢查項目：_____。

(3) 檢查結果：正常 異常 不確定(※若勾選「異常」或「不確定」者，請提供檢查報告)

5. 是否造成後遺症或併發症

否

是，請說明：_____。

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