



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. 何時發現？_____年_____月</p> <p>(1) 醫師確診病名為：</p> <p><input type="checkbox"/>A 型肝炎 <input type="checkbox"/>B 型肝炎 <input type="checkbox"/>C 型肝炎 <input type="checkbox"/>D 型肝炎 <input type="checkbox"/>E 型肝炎</p> <p><input type="checkbox"/>藥物誘發及中毒性肝炎 <input type="checkbox"/>酒精性肝炎 <input type="checkbox"/>自體免疫肝炎 <input type="checkbox"/>肝血管瘤 <input type="checkbox"/>肝囊腫</p> <p><input type="checkbox"/>脂肪肝(程度：<input type="checkbox"/>輕、<input type="checkbox"/>中、<input type="checkbox"/>重度) <input type="checkbox"/>其他_____，請詳述：_____。</p> <p>(2) 歷次檢查中是否曾做過腹部超音波？<input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>是，請說明檢查結果？<input type="checkbox"/>正常 <input type="checkbox"/>肝血管瘤</p> <p><input type="checkbox"/>肝囊腫 <input type="checkbox"/>肝腫大 <input type="checkbox"/>脂肪肝 <input type="checkbox"/>其他_____，請詳述：_____。</p> <p>(3) 患病時肝功能指數為何？(若不確知，請提供檢驗報告)</p> <p>GOT：_____、GPT：_____、r-GT：_____、HBeAg：<input type="checkbox"/>陽性 <input type="checkbox"/>陰性、<input type="checkbox"/>其它：_____</p> <p>(4) 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"/>門診</p> <p><input type="checkbox"/>住院，大概自_____年_____月_____日至_____年_____月_____日，共_____天</p> <p><input type="checkbox"/>服藥治療，藥物名稱：_____ (若不確知，請提供藥袋或處方箋)，劑量：_____。</p> <p>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"/>手術治療，手術部位及名稱：_____，手術時間：_____年_____月。</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(可複選)</p> <p><input type="checkbox"/>定期門診：多久追蹤一次：_____，最近一次就診時間：_____年_____月。</p> <p><input type="checkbox"/>仍需服藥治療：<input type="checkbox"/>長期服用 <input type="checkbox"/>有需要時服用；</p> <p>藥物名稱：_____ (若不確知，請提供藥袋或處方箋)，劑量：_____。</p> <p><input type="checkbox"/>最近一次做肝功能檢查之日期？_____年_____月。</p> <p>肝功能指數為何？(若不確知，請提供檢驗報告)</p> <p>GOT：_____、GPT：_____、r-GT：_____、HBeAg：<input type="checkbox"/>陽性 <input type="checkbox"/>陰性、<input type="checkbox"/>其它：_____</p> <p><input type="checkbox"/>有復發狀況：復發次數：_____次，最近一次復發時間：_____年_____月。</p> <p><input type="checkbox"/>其他補充說明：_____</p>		
<p>4. 是否有飲酒習慣？<input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>是，飲酒量：<input type="checkbox"/>社交性飲酒 <input type="checkbox"/>每_____週_____天_____瓶</p>		
<p>5. 是否造成後遺症或併發症？<input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>是，請詳述：_____</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>		