

合作金庫人壽保險股份有限公司

消化性潰瘍或消化性疾病問卷

保單號碼(身分證字號):	被保險人:
--------------	-------

承蒙申請投保本公司保險，深表謝忱！惟對下列事項尚祈要、被保險人能再予補充說明，敬請填寫後回覆核保單位，謝謝您。

※請以正楷填寫，如有塗改請要被保險人於塗改處簽名確認。

1. (1) 台端約於何時發現有消化性潰瘍或消化道疾病症狀？_____年_____月。

(2) 請詳述當時症狀(可複選): ☐吐血 ☐血便/黑便 ☐患部出血 ☐其他，請詳述_____。

(3) 醫師確診病名: ☐食道潰瘍 ☐胃潰瘍 ☐十二指腸潰瘍 ☐其他(請說明):_____。

(若不確知，請提供診斷證明)。

2. 治療過程及方式(可複選):

☐門診。

☐藥物治療，使用藥物名稱/劑量/頻率: _____(若不確知，請提供藥袋或處方箋)

是否停藥? ☐否(☐長期服用☐有需要時使用) ☐是，大概停藥時間: _____年_____月。

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

☐手術治療，大概手術時間: _____年_____月，手術部位: _____☐全切除 ☐部分切除，

手術方式: ☐幽門成形術 ☐迷走神經切斷術 ☐穿孔縫合/切除術 ☐其他(請說明):_____。

☐飲食作息調整。☐未接受治療，原因: _____。

☐其他(請詳述治療名稱及時間): _____。

3. 治療結果及現況(可複選):

☐已痊癒不須再後續追蹤，最近一次大概就診時間: _____年_____月。

☐需定期門診: 多久追蹤一次: _____，最近一次大概就診時間: _____年_____月。

☐仍需藥物治療: ☐長期服用☐有需要時使用，使用藥物名稱/劑量/頻率: _____。

(若不確知，請提供藥袋或處方箋)。

☐是否有出血或穿孔現象? ☐否 ☐是，發生時間: _____。

☐最近一次接受檢查項目(可複選)及結果

(1) 大概檢查時間: _____年_____月。

(2) ☐胃鏡 ☐上消化道攝影 ☐病理切片檢查 ☐幽門桿菌檢查 ☐其他(請說明): _____。

(3) 檢查結果: ☐正常 ☐異常，項目/結果: _____(若不確知或異常，請提供檢查報告)。

☐有復發狀況: 復發次數: _____次，最近一次大概復發時間: _____年_____月。

☐其他(請說明): _____。

4. 併發症或後遺症:

☐否，無併發症或後遺症。

☐是，請說明症狀: _____。醫師建議治療方式: _____。

5. 是否抽煙: ☐不抽煙 ☐抽煙: 煙齡_____年，每日平均抽_____包 ☐已戒除，何時: _____。

是否飲酒: ☐不飲酒 ☐飲酒: 每週_____次，每次飲酒量約_____C.C，飲酒種類: _____。

要保人簽名: _____	填寫日期: 民國_____年_____月_____日
被保險人簽名: _____	法定代理人簽名: _____

(要保人或被保險人為未滿七足歲或其他無行為能力人，由法定代理人代其簽名，及於法定代理人欄位簽名；要保人或被保險人為七歲(含)以上未成年人或其他限制行為能力人，由其本人簽名，及由法定代理人於法定代理人欄位簽名。)