

合作金庫人壽保險股份有限公司

一般疾病問卷

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) 台端約於何時發現該疾病？_____年_____月，大約持續時間？_____。

請詳述當時症狀：_____。

(2) 是否曾就診？☐否 ☐是

醫師確診病名：_____ (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，約共_____天。

☐手術治療，手術名稱/部位：_____，大概手術時間：_____年_____月。

若手術切除腫瘤或息肉，請另填寫「腫瘤/息肉問卷」。

☐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

☐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)。

☐最近一次接受檢查項目：_____；

檢查結果：☐正常 ☐異常，項目/結果：_____ (若不確知，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。)