

合作金庫人壽保險股份有限公司

肝病或肝炎帶原問卷

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) 台端約於何時發現肝臟問題？_____年_____月。
於何種狀況得知？_____。

(2) 當時醫師診斷病名(可複選)：

☐ A 型肝炎 ☐ B 型肝炎 ☐ C 型肝炎 ☐ D 型肝炎 ☐ 酒精性肝炎 ☐ 藥物性肝炎 ☐ 猛暴性肝炎

☐ 脂肪肝 (請圈選程度：輕、中、重度)

☐ 其他：_____ (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，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：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。

☐ 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：

(1) 是否已痊癒不須再後續追蹤治療？ ☐ 否 ☐ 是，多久追蹤一次：_____。

(2) 最近一次就診日期：約為_____年_____月。

(3) 是否曾接受肝穿刺、肝臟超音波、肝功能檢查或其他相關之檢查：

☐ 否 ☐ 是，檢查日期：約為_____年_____月

項目(可複選)： ☐ 肝穿刺 ☐ 肝臟超音波 ☐ 肝功能檢查 ☐ 其他：_____

檢查結果：☐ 正常 ☐ 異常，項目/結果：_____

(若不確知，請提供檢查報告)。

4. 是否有復發或再次有異常情況？ ☐ 否 ☐ 是，次數_____次，最近一次：約_____年_____月。

5. 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：_____。

6. 是否飲酒： ☐ 不飲酒 ☐ 飲酒：每週_____次，每次飲酒量_____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。)