

合作金庫人壽保險股份有限公司

腫瘤/息肉病史問卷

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。

發現部位(若為乳房、卵巢，請告知左側、右側或雙側)：_____。

(2) 是否曾就診？ ☐ 否 ☐ 是。

當時醫師確診病名：_____ (若不確知，請提供診斷證明)。

(3) 發生部位：_____ (若不確知，請提供診斷證明)。

(4) 腫瘤或息肉狀況：☐ 仍在原發現部位 ☐ 已侵犯其周圍組織 ☐ 已侵犯其周圍的淋巴結或淋巴組織

☐ 已移轉至其他器官或組織 ☐ 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：自_____年_____月_____日至_____年_____月_____日。

☐ 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，停藥日期約_____年_____月。

☐ 住院：自_____年_____月_____日至_____年_____月_____日，約共_____天。

☐ 手術部位(請詳述切除部位及器官)：_____；方式：☐ 全切除 ☐ 部分切除

大概手術時間：_____年_____月。☐ 放射線治療：大概治療時間：自_____年_____月至_____年_____月。

☐ 化學藥物治療：大概治療時間：自_____年_____月至_____年_____月。

☐ 未接受治療，原因：_____。☐ 其他(請詳述治療名稱及時間)：_____。

3. 若為手術，請詳述：(若不確知，請提供檢查報告)

(1) 腫瘤或息肉之大小：_____公分，顆數：_____。

(2) 病理切片報告為：☐ 良性 ☐ 惡性 ☐ 不確定，病理診斷病名為：_____。

(3) 若腫瘤為惡性，其分期為：☐ 零期(原位癌) ☐ 一期 ☐ 二期 ☐ 三期 ☐ 四期。

4. 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，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(可複選)及結果：

大概檢查時間：_____年_____月。項目：☐ 血液檢查 ☐ 病理切片檢查 ☐ 超音波 ☐ 電腦斷層攝影

☐ 核磁共振 ☐ 其他(請說明)：_____。

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(請詳述)：_____。

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：_____。

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。)