

合作金庫人壽保險股份有限公司

腎臟病問卷

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。 醫師確診病名：_____（若不確知，請提供診斷證明）。 (2) 當時症狀（可複選）： ☐ 少尿 ☐ 頻尿 ☐ 血尿 ☐ 膿尿 ☐ 蛋白尿 ☐ 水腫 ☐ 高血壓 ☐ 糖尿病 ☐ 其他，請詳述_____。 (3) 是何原因造成？ ☐ 不明原因 ☐ 藥物濫用 ☐ 紅斑性狼瘡 ☐ 感染性疾病（例如：感冒、麻疹……） ☐ 其他（請說明）_____（若不確知，請提供診斷證明或當時就診病歷）。					
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，手術名稱/部位：_____，大概手術時間：_____年_____月； 若有腎摘除請圈選：左側、右側或雙側。 ☐ 洗腎治療。 ☐ 腹膜透析。 ☐ 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。 ☐ 仍需服藥治療： ☐ 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）。 ☐ 仍需定期接受洗腎或腹膜透析。 ☐ 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) ☐ 腎功能檢查 ☐ 腎臟超音波 ☐ 電腦斷層攝影 ☐ 核磁共振 ☐ 其他（請說明）：_____。 (3) 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. 目前是否有併發症或後遺症： ☐ 否，無併發症或後遺症。 ☐ 是（可複選）： ☐ 少尿 ☐ 頻尿 ☐ 血尿 ☐ 膿尿 ☐ 蛋白尿 ☐ 水腫 ☐ 高血壓 ☐ 糖尿病 ☐ 其他（請說明）：_____。醫師建議治療方式：_____。					
5. 其它補充說明： ☐ 否 ☐ 是：_____。					
<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">要保人簽名：_____</td> <td style="width: 50%;">填寫日期：民國_____年_____月_____日</td> </tr> <tr> <td>被保險人簽名：_____</td> <td>法定代理人簽名：_____</td> </tr> </table> （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。）		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：_____
要保人簽名：_____	填寫日期：民國_____年_____月_____日				
被保險人簽名：_____	法定代理人簽名：_____				