

合作金庫人壽保險股份有限公司

甲狀腺疾病問卷

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甲狀腺功能異常或甲狀腺疾病症狀？_____年_____月。

(2) 醫師確診病名：☐ 甲狀腺機能亢進 ☐ 甲狀腺機能低下 ☐ 甲狀腺腫 ☐ 呆小症 ☐ 甲狀腺結節
☐ 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：☐ 抗甲狀腺藥 ☐ 放射性碘治療 ☐ 其他：_____；
 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(請詳述切除部位及器官)：_____，大概手術時間：_____年_____月。
 病理切片報告為：☐ 良性 ☐ 惡性 ☐ 不確定，病理診斷病名為：_____ (若不確知，請提供檢查報告)

☐ 未接受治療，原因：_____。

☐ 其他(請說明治療名稱及時間)：_____。

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：

(1) 大概檢查時間：_____年_____月。

(2) ☐ 甲狀腺功能 ☐ 甲狀腺 超音波 ☐ 甲狀腺抽吸 ☐ 電腦斷層攝影 ☐ 心電圖
☐ 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(可複選)：☐ 甲狀腺腫大 ☐ 眼球突出 ☐ 心跳加速〔心悸〕☐ 體重下降 ☐ 雙手震顫
☐ 其他(請說明)：_____。 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。)