



合作金庫人壽保險股份有限公司

泌尿系統疾病問卷

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泌尿系統方面疾病？(如腎臟發炎、腎水腫、尿道炎、結石、攝護腺疾病、結構異常等)？_____年_____月，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，請附診斷證明)。

(3) 若為結石，結石部位(可複選)？ ☐ 腎臟 ☐ 輸尿管 ☐ 膀胱 ☐ 尿道

☐ 單側 ☐ 雙側 (膀胱結石及尿道結石免填)。

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，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。

☐ 超音波體外碎石術。 ☐ 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) ☐ 腎功能檢查 ☐ 尿液常規檢查 ☐ 腹部超音波 ☐ X光 ☐ 電腦斷層攝影 ☐ 核磁共振

☐ 其他(請說明)：_____。

(3) 檢查結果：☐ 正常 ☐ 異常/不確定，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. 其它補充說明：☐ 否 ☐ 是：_____。

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。)