合庫金控
合作金庫人壽
BNP Paribas Cardif TCB Life

NB22001

合作金庫人壽保險股份有限公司

一般疾病問卷

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)台端約於何時發現該疾病？＿＿＿＿年＿＿＿＿月，大約持續時間？＿＿＿＿＿＿＿＿。

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，請提供診斷證明)。

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，請提供藥袋或處方簽)

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，約共＿＿＿＿天。

□手術治療，手術名稱/部位：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿，大概手術時間：＿＿＿＿年＿＿＿＿月。

若手術切除腫瘤或息肉，請另填寫「腫瘤／息肉問卷」。

□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

□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，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：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿；

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.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.是否抽煙：□不抽煙 □抽煙：煙齡＿＿＿＿年，每日平均抽＿＿＿＿包 □已戒除，何時:＿＿＿＿＿＿。

是否飲酒：□不飲酒 □飲酒：每週＿＿＿＿次，每次飲酒量約＿＿＿＿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。)