

腫瘤問卷

被保險人：_____

身分證號：_____

下列事項尚祈要、被保險人能再予詳細補充說明

1. 何時發現？____年____月(請提供診斷證明及病理切片報告)

醫師診斷病名為何？_____腫瘤部位？_____

腫瘤狀況：☐仍在原發部位 ☐有侵犯周圍組織 ☐有侵犯淋巴組織

☐已轉移其他器官(下填部位)_____ ☐不清楚

2. 是否曾接受下列治療(可複選)：

☐否

☐是；請勾選：☐手術治療 ☐放射線治療

☐化學藥物治療 ☐其他治療(請詳述)：_____

若曾接受手術治療，手術日期：____年____月____日。

手術範圍及方式(請詳述)：_____

若接受非手術或手術後曾接受其他治療，請說明治療方式：_____

治療次數？____次；最後一次治療日期：____年____月____日

3. 請說明住院次數？____次；

最後一次住院期間：自____年____月____日至____年____月____日

4. 手術及治療後是否持續門診追蹤：☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐否，☐是。

若是；最後一次門診日期：____年____月____日

5. 是否曾復發？☐☐ ☐否，☐是。

若是，則復發日期：____年____月、請詳述治療方法及結果：_____

6. 目前控制追蹤情形如何？

是否有下列症狀：(可複選)…… ☐否，☐是。

若是；☐體重減輕 ☐其他(請詳述)：_____

7. 請提供就診醫院名稱：_____；病歷號碼：_____

地址：_____

8. 醫師有無建議事項？ ☐否， ☐是；請說明：_____

我(們)對上述問題都已清楚瞭解並已作肯定且確實之回答，我(們)同意將此告知書作為保險契約的一部份。

要保人簽名：_____被保險人簽名：_____

地區／單位：_____招攬人簽名：_____

填寫日期：_____未成年者其法定代理人簽名：_____