

甲狀腺疾病問卷

被保險人姓名：_____

保單號碼：_____

業務代表姓名：_____

填寫日期：_____

◎為審慎評估可保性及提供適合之承保條件，敬請說明以下問題後寄回核保單位，謝謝您。

1.(1)您何時發現有甲狀腺疾病？(2)請說明疾病名稱（如：甲狀腺機能亢進、甲狀腺機能不足或甲狀腺腫等）。(3)就診醫院名稱？

2.(1)治療方式？ 手術切除 藥物治療（可複選）：抗甲狀腺藥 放射線碘
其他_____。

(2)是否已停藥？ 否 是，停藥大約日期_____。

3.是否有其他併發症？否 是，疾病名稱：

_____。

4.(1)是否有復發情形？ 否 是，復發大約次數_____次

(2)最近一次復發大約日期_____。

(3)治療方式？ 無 有，請說明：

_____。

5.目前是否已完全痊癒？ 是 否，請說明：

_____。

◎本人謹此聲明上述回答屬實，特此聲明。

要保人簽名：_____ 被保險人簽名：_____ 法定代理人簽名：_____

業務代表／

執業經紀人(代理人)簽名：_____