

消化道潰瘍／消化道疾病問卷

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)您大約何時發現有消化道潰瘍或疾病？(例如：食道、胃或十二指腸潰瘍或出血……等)？
(2)就診醫院名稱？(3)醫師診斷之確定病名為何？

2. (1)治療方式為 藥物控制 手術治療。
(2)如為服藥，目前是否仍持續服藥中？ 是 否。
(3)如為手術治療，請說明係採 部份切除 全切除手術。

3. (1)當時是否有出血（血便）現象？ 否 是，為 短暫出血 持續出血。
(2)請說明當時採取之治療方式？

_____。

4. (1)是否持續追蹤治療？ 否 是，多久追蹤一次？_____。
(2)最近一次就診大約日期_____，檢查結果_____。
(3)醫師有無任何進一步建議或叮嚀事項？ 無 有，請說明：

_____。

5. (1)是否曾復發？ 否 是，復發次數大約_____次，最後一次復發大約日期_____。
(2)是否造成併發症或後遺症？ 否 是，請說明：

_____。

6. 若現在或曾經有吸煙習慣，煩請說明如下：

- 現在：已吸煙約_____年，目前每天吸煙約_____包
 曾經：曾吸煙約_____年，已戒煙約_____年，戒煙前每天吸煙約_____包
 否

7. 您是否有飲酒習慣，煩請說明如下：

- 有，飲酒類型：烈酒類 紹興／米酒類 啤酒類 其他：_____
飲酒量：_____瓶／每天 每週 社交性飲酒
否

◎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：_____