通用疾病問卷－利率變動型保險專用

1A10

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，感謝您的配合。

因　台端告知有 ☐ 最近兩個月受傷或生病而接受醫師治療、診療或用藥

☐ 癌症（惡性腫瘤），請加填【A】

☐ 狹心症、心肌梗塞、腦中風（腦出血、梗塞／阻塞）、腦瘤、腦動脈血管瘤，請加填【B】

☐ 糖尿病、尿毒、腎病症候群，請加填【C】

☐ 肝硬化，請加填【D】

一、1.您大約何時發現有此疾病？_____。

2.是否曾就診？☐否　☐是，就診大約日期 _____，就診醫院名稱 _____。

3.醫師診斷為何？_____。

4.此疾病最近一次相關檢驗數值為何？_____。

5.治療方式為何？☐藥物控制　☐手術治療　☐其他 _____。

6.有無住院？☐無　☐有，最近一次住院天數 _____天，就診醫院名稱_____。

二、是否有復發情形？☐否　☐是，復發次數大約_____次，最近一次復發大約日期_____。

三、是否痊癒？☐是　☐否，請說明_____。

四、您現在或曾經有吸煙、飲酒，煩請說明：

1.吸煙：☐否；☐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

2.飲酒：☐否；☐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

【A】1.腫瘤名稱及部位為何？_____；惡性腫瘤期別？_____。

2.腫瘤治療方式為何？（例如：手術切除、放射線治療、化學藥物治療、內分泌藥物治療…）

治療方式：_____ 大約日期：_____治療期間：_____

3.後續追蹤治療結果、目前狀況，請說明_____。

【B】有無合併其他疾病？☐無；☐有(可複選):☐心血管疾病　☐腦血管疾病　☐高血壓性眼底視網膜病變

☐腎臟疾病　☐糖尿病　☐蛋白尿　☐高血脂　☐其他_____。

【C】有無以藥物治療；☐ 以藥物治療，係以☐口服　☐注射胰島素　；大約何時開始？ _____。

目前是否固定回診？☐否　☐是，大約多久時間回診一次？_____。

【D】1.醫師診斷肝臟相關病名為何？(可複選)：

☐A 型肝炎　☐B 型肝炎(含帶原)　☐C 型肝炎(含帶原)　☐其他病毒性肝炎　☐酒精性肝炎

☐脂肪肝　☐肝功能異常　☐其他肝臟疾病，請說明：_____。

2.最近一次肝臟相關檢查結果為何？_____；

醫師有無任何進一步建議或叮嚀事項？_____。

◎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：_____

111.05 版