消化道潰瘍／消化道疾病問卷

1A10

被保險人姓名：_____ 保單號碼：_____

招攬(業務)人員姓名：_____ 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：_____

招攬(業務)人員簽名：_____