甲狀腺疾病問卷

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　□放射腺碘

□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：＿＿＿＿＿＿

招攬(業務)人員簽名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿