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：＿＿＿＿＿＿＿＿

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，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：＿＿＿＿＿＿

招攬(業務)人員簽名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿