

一般疾病問卷

要保人姓名：	被保險人姓名：
保單號碼：	招攬單位：

承蒙 台端投保本公司保險；深表謝忱！惟對下列事項尚祈要、被保險人能予以補充說明，敬請填寫本問卷後回覆本公司為荷，在此感謝您的合作！

1、台端大約於何時發現該疾病：_____年_____月_____日，持續多久？_____

當時症狀：_____造成原因：_____

診斷病名：_____

就診醫院名稱：_____

2、治療過程

治療方式：門診，大約自_____年_____月_____日至_____年_____月_____日止，約共_____次。

住院，約共_____天，大約自_____年_____月_____日至_____年_____月_____日。

手術名稱及方式(請詳述切除部位及器官)：_____

用藥治療及藥物名稱(可提供藥袋或醫師處方箋)：_____

未接受治療或其他，請說明原因：_____

其他：_____

就診期間是否曾接受相關檢查：否 是，請說明項目：_____

檢查結果正常 異常，請說明：_____

3、該疾病治療之結果及狀況？

(1)是否持續追蹤治療？否 是，多久追蹤一次：_____

(2)最後一次就診日期：大約_____年_____月_____日 追蹤結果如何？_____

(3)醫師囑付事項或建議為何？請詳述_____

4、是否有復發或不適？否 是，復發次數_____次

復發情形請詳述並填列大約發病時間：_____

5、是否造成後遺症或併發症？否 是，請詳述：_____

6、目前是否已痊癒？ 是 否，請詳述：_____

7、嗜好品：

不喝酒，不吸菸

吸菸：菸齡約_____年，每日平均抽_____包。

飲酒：每週約_____次，每次飲酒量約_____瓶，飲酒種類：_____

8、其他補充事項：

要保人簽名：_____ 法定代理人簽名：_____

被保險人簽名：_____

中華民國_____年_____月_____日

