

甲狀腺疾病問卷

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：_____

診斷病名(請說明為甲狀腺亢進或甲狀腺功能低下、甲狀腺腫)：_____

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____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)：_____

是否須長期使用藥物是 否

未接受治療或其他，請說明原因：_____

其他：_____

就診期間曾接受何種相關檢驗項目(超音波、抽血、細胞針吸或病理切片)及結果：_____

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)近6個月內是否有相關檢查數值？否 是，請填寫檢驗值 T4：_____，TSH：_____

(4)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、目前是否有下列症狀：

否 是，請勾選精神緊張 盜汗 心跳加速〔心悸〕 容易疲倦 體重下降

雙手震顫 眼球突出 甲狀腺腫大

7、目前是否已痊癒？ 是 否，請詳述：_____

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

