

肝炎或肝炎病毒帶原問卷

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、台端大約何時發現有肝功能異常或肝炎、肝炎病毒帶原、肝病現象？_____年_____月_____日

就診醫院或檢驗醫院名稱？_____

醫師診斷結果為何？

A型肝炎 B型肝炎 C型肝炎 D型肝炎 E型肝炎 藥物誘發及中毒性肝炎
酒精性肝炎 其他(請詳述)_____

2、目前是否患有或曾經患有下列疾病或症狀？

否

是，請勾填：黃疸(皮膚變黃) 發熱 疲倦 腹脹 噁心 反胃 肝腫大
其他(請詳述)_____

3、治療方式係採藥物或手術治療？

藥物治療，則大約服藥多久時間？_____，目前是否持續服藥中？否是，藥物名稱為_____

手術，則大約何時手術？_____年_____月_____日，目前狀況如何？_____

4、是否曾復發？

否

是，發病次數？約_____次，最近一次大約於何時？_____

5、最近一次追蹤檢查大約在何時？_____年_____月_____日

檢查項目(請勾選：肝功能檢查 腹部超音波 其他_____)

結果為何？正常 異常，請詳述異常數值或報告結果_____

6、是否有飲酒習慣？

否 有，每日飲酒數量？_____品牌名稱？_____已飲酒約幾年？_____年

7、若為藥物誘發及中毒性肝炎，則致病原(藥物或職業接觸)是否持續？ 是 否

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

