

腫瘤/息肉問卷

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. 您大約於何時發現？_____年_____月_____日
- (1) 就診醫院或檢驗院名稱？_____
- (2) 醫師確診病名為何？_____腫瘤或息肉部位為何？_____。
 檢查結果：腫瘤或息肉是為： 良性、 惡性、 不明(請提供診斷證明及病理切片報告)
- (3) 醫師確診當時之腫瘤狀況：
 腫瘤大小約：_____公分，腫瘤數量約：_____顆 不清楚
 腫瘤狀況：仍在原發部位 有侵犯周圍組織有侵犯周圍淋巴結或淋巴組織
移轉至其他器官或組織：請詳述部位：_____
不清楚
- 惡性腫瘤分期：_____期
2. 您是否曾接受治療？ 否 是，請勾選並填寫下列問題(可複選)
- 門診治療：門診期間約：_____至_____
- 住院治療：住院期間約：_____至_____
- 手術治療：手術日期：_____，手術名稱：_____
- 藥物治療：治療期間：_____至_____，藥物名稱：_____
- 其他：_____ (若不清楚，請提供處方箋或藥袋)
3. 治療結果及目前狀況
- 已痊癒不再追蹤，最近1次就診時間：_____年_____月
- 需定期追蹤，多久追蹤1次？_____，最近1次就診時間：_____年_____月
 追蹤診療形式：_____，請說明追蹤診療結果：_____
- 有復發狀況：復發次數_____次，最近1次復發時間：_____年_____月
 復發情形請詳述：_____
- 是否有後遺症或併發症：否； 是：請詳述：_____

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

