



保單號碼：	被保險人：	身分證字號：
-------	-------	--------

本人申請 貴公司保險，補充說明如下：

1. 何時發現有甲狀腺疾病：_____年_____月，

(1)如何發現？身體不適 健康檢查 其他_____。

(2)醫師診斷病名為：甲狀腺機能亢進 甲狀腺機能低下 甲狀腺腫 甲狀腺結節
橋本氏甲狀腺炎 其他：_____（若不確知，請提供診斷證明）。

2. 治療過程(可複選)

門診，大約自_____年_____月_____日至_____年_____月_____日，共_____次。

急診，大約自_____年_____月_____日至_____年_____月_____日，共_____次。

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

服藥治療：

(1)藥物名稱：抗甲狀腺藥 碘 其他：_____（若不確知，請提供藥袋或處方簽）。

(2)是否停藥：否 是，何時停藥？_____年_____月，原因：_____。

手術治療：

(1)手術方式：雙側全切除 單側切除(左側/右側) 單側部分切除(左側/右側)
其他：_____。

(2)手術時間：_____年_____月。

(3)病理檢驗報告為：良性 惡性，期數_____期(請提供病理切片報告)。

甲狀腺腫大或結節曾接受病理切片化驗：良性 惡性，期數_____期(請提供病理切片報告)。

放射線治療。

化學治療。

其他(請說明治療方式及時間)：_____。

未接受治療。

3. 是否曾接受相關檢查項目(可複選)? 否 是，

(1)檢查時間：_____年_____月。

(2)檢查項目及結果：(※若勾選「異常」或「不確定」者，請提供檢查報告)

甲狀腺功能 (正常 異常 不確定) 甲狀腺超音波 (正常 異常 不確定)

甲狀腺抽吸 (正常 異常 不確定) 電腦斷層攝影 (正常 異常 不確定)

心電圖 (正常 異常 不確定)

其他，請說明：_____ (正常 異常 不確定)。

4. 治療結果及目前狀況

(1)目前是否接受定期追蹤檢查?否 是，多久追蹤一次：_____。

(2)最近一次抽血檢查日：_____年_____月，甲狀腺功能檢查結果：_____，
 抽血數值：T3_____ T4_____ TSH_____。

(3)是否曾復發?否 是，復發次數：_____次，最近一次復發時間：_____年_____月。

(4)目前是否已痊癒?是 否，請詳述：_____。

5. 目前是否仍有下列症狀?否 是，請勾選(可複選)：

甲狀腺腫大 眼球突出 心跳加速(心悸) 雙手震顫 精神緊張 盜汗 容易疲倦

體重下降 體重上升 其他，請詳述：_____。

6. 是否造成後遺症或併發症?否 是，請詳述：_____。

要保人簽名：_____ 法定代理人/監護人/輔助人簽名：_____

(未成年人、受有監護宣告或受輔助宣告尚未撤銷者，請法定代理人/監護人/輔助人簽名)

被保險人簽名：_____ 填寫日期：_____年_____月_____日