



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？_____年_____月，如何發現？身體不適 健康檢查 其他_____。

(1) 醫師診斷病名：_____，部位：_____。
發現顆數：單顆 多顆，腫瘤大小：_____公分。

(2) 腫瘤是為 良性 原位癌 惡性，期數_____期 不明（請提供診斷證明及病理切片報告）。

(3) 發現時醫師對此腫瘤的說明為何？
未有任何移轉或侵犯其他組織或器官 侵犯其周圍的淋巴結或淋巴組織
侵犯其周圍的組織 移轉至其它器官或組織：請詳述部位：_____。

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，藥物名稱及劑量：_____（若不確知，請提供藥袋或處方簽）。
是否停藥：否 是，何時停藥？_____年_____月，原因：_____。
手術治療：
(1) 手術方式：部分切除 全部切除 完全器官切除(請說明部位：_____)
雷射手術 切片手術 其他，請說明：_____。
(2) 手術時間：_____年_____月。
其他治療方式：放射線治療 化學藥物治療 內分泌藥物治療 標靶治療，
治療次數_____次，最近一次治療日期：_____年_____月。
其他(請說明治療名稱及時間)：_____。
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)：
血液檢查 (正常 異常 不確定) 核磁共振 (正常 異常 不確定)
病理切片檢查 (正常 異常 不確定) 超音波 (正常 異常 不確定)
電腦斷層攝影 (正常 異常 不確定) 抽吸/穿刺 (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) 是否持續定期追蹤治療？否 是，多久追蹤一次：_____。
(2) 最近一次就診時間：_____年_____月；追蹤結果如何？_____。
(3) 醫生是否有任何醫囑事項？否 是，請詳述：_____。
(4) 至目前為止，該部位是否仍存有腫瘤(含囊腫等)？否 是，
請說明現況及治療方向：_____。
(5) 切除後是否曾復發？否 是，復發_____次，最近一次復發時間：_____年_____月。
(6) 目前是否已痊癒？是 否，請說明：_____。

5. 是否合併診斷有貧血之情形？否 是，最近一次血液檢查日期：_____年_____月，
血紅素(Hb)數值：_____，治療方式：_____。

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