



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. 何時發現婦科疾病或初次就診？_____年_____月，

(1)如何發現？身體不適 健康檢查 其他_____。

(2)當時症狀？下腹部疼痛 痛經 經期異常 無月經 發燒 陰道分泌物增多
陰道異常出血 其他：_____ 無上述症狀。

(3)診斷病名(可複選)：子宮內膜異位症 巧克力囊腫 子宮肌腺症(瘤) 子宮肌瘤
經期異常 子宮內膜增生 卵巢腫瘤 卵巢水瘤 畸胎瘤 多囊性卵巢症候群
卵巢炎 陰道炎 骨盆腔炎 子宮頸炎 子宮頸細胞病變/再生不良 子宮脫垂
息肉(子宮/子宮內膜/子宮頸) 巴氏腺炎或囊腫 性病 其他：_____。

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。

手術治療：

(1)手術方式：病灶切除/電燒 子宮全切除 次全子宮切除術 僅卵巢切除
僅輸卵管切除 僅子宮頸切除 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)。

藥物控制，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：_____。

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：(※若有「異常」或「不確定」者，請提供檢查報告)

婦科超音波 (正常 異常 不確定) 抽血檢查 (正常 異常 不確定)

子宮頸抹片 (正常 異常 不確定) 子宮鏡 (正常 異常 不確定)

輸卵管攝影 (正常 異常 不確定) 腫瘤檢測指標(如 CA-125)：數值_____

人類乳突病毒檢測 (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)是否曾復發？否 是，復發次數：_____次，最近一次復發時間：_____年_____月，
治療方式為何？_____，醫囑：_____。

(5)是否已痊癒？是 否，請說明：_____；是否已停經？否 是。

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，請說明：_____。

要保人簽名：_____ 法定代理人/監護人/輔助人簽名：_____

(未成年、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