



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. 何時發現或初次就診：_____年_____月，
 - (1)如何發現？身體不適 健康檢查 家族史 其他_____。
 - (2)當時症狀？疼痛 腫脹 發紅 分泌物 發燒 其他：_____。
 - (3)診斷病名：乳腺炎 乳房纖維囊腫 乳房腫瘤 其他：_____。
 - (4)部位：右側 左側 雙側，發現顆數：單顆 多顆，腫瘤大小：_____公分。

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)手術部位及名稱：_____，手術時間：_____年_____月。
 - (2)病理檢查結果為：良性 惡性，期數：_____期 不明 (請提供病理切片報告)。
 - (3)是否接受器官切除：否 是，請說明：右側 左側 雙側 部分切除。
 - 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？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)
 - 乳房超音波 (正常 異常 不確定) 乳房攝影 (正常 異常 不確定)
 - 病理切片檢查 (正常 異常 不確定) 抽吸/穿刺 (正常 異常 不確定)
 - 核磁共振 (正常 異常 不確定) 電腦斷層攝影 (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)請提供最近一次乳房檢查項目：乳房超音波 乳房攝影 其他：_____，
檢查時間：_____年_____月，檢查結果：_____。
 - (4)醫生是否有任何醫囑事項？否 是，請詳述：_____。
 - (5)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：_____。
 - (6)切除後是否曾復發？否 是，復發_____次，最近一次復發時間：_____年_____月。
 - (7)目前是否已痊癒？是 否，請說明：_____。

5. 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