



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：

- 何時發現有甲狀腺疾病：_____年_____月
 - 醫師確診病名為：
 - 甲狀腺機能亢進 甲狀腺機能低下 甲狀腺腫 甲狀腺結節
 - 其他，請詳述：_____（若不確知，請提供診斷證明）
 - 就診、追蹤之醫院名稱及地點：_____。
- 治療過程(可複選)
 - 門診
 - 住院，大約自_____年_____月_____日至_____年_____月_____日，共_____天。
 - 服藥治療
 - 抗甲狀腺藥 放射性碘治療 其他_____（若不確知，請提供藥袋或處方箋）；
 - 是否停藥：否 是，何時停藥？_____年_____月，原因：_____。
 - 手術治療，手術部位及名稱：_____，手術時間：_____年_____月。
 - 病理檢驗報告為：良性 惡性，請提供病理切片報告。
 - 未接受治療
 - 其他（請說明治療方式及時間）：_____
- 治療結果及目前狀況(可複選)
 - 已痊癒不再門診追蹤，最近一次大約就診時間：_____年_____月。
 - 定期門診：多久追蹤一次：_____，最近一次就診時間：_____年_____月。
 - 仍需服藥治療：長期服用 有需要時服用；
 - 藥物名稱：_____（若不確知，請提供藥袋或處方箋），劑量：_____。
 - 最近一次接受檢查項目(可複選)及結果
 - 檢查時間：_____年_____月
 - 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）
 - 有復發狀況，復發次數：_____次，最近一次復發時間：_____年_____月。
- 目前是否仍有下列症狀：否 是，請說明如下(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 其他，請詳述：_____
- 是否造成後遺症或併發症？
 - 否 是，請詳述：_____

要保人簽名：_____ 法定代理人簽名：_____

被保險人簽名：_____ 填寫日期：_____年_____月_____日