



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

(1) 醫師確診病名為何？_____部位為何？_____。
 腫瘤是為良性 原位癌 惡性:腫瘤期數 一期 二期 三期 四期
不明 (請提供診斷證明及病理切片報告)；

(2) 就診、追蹤之醫院名稱及地點：_____。

(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。

住院，自_____年_____月_____日至_____年_____月_____日，共_____天。

服藥治療，藥物名稱：_____ (若不確知，請提供藥袋或處方簽)，劑量：_____。
 是否停藥：否 是，何時停藥？_____年_____月，原因：_____。

手術治療：部分切除全部切除完全器官切除雷射手術切片手術
其他，請說明：_____

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；最後一次治療日期：_____年_____月

未接受治療。

其他(請說明治療名稱及時間)：_____。

3. 治療結果及目前狀況(可複選)

已痊癒不再門診追蹤，最近一次就診時間：_____年_____月。

需定期門診：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 有需要時使用；

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

(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)
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。

4. 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