



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