

合作金庫人壽保險股份有限公司

腎臟病問卷

保單號碼(身分證字號):	被保險人:
--------------	-------

承蒙申請投保本公司保險，深表謝忱！惟對下列事項尚祈要、被保險人能再予補充說明，敬請填寫後回覆核保單位，謝謝您。

※請以正楷填寫，如有塗改請要被保險人於塗改處簽名確認。

1. (1) 台端約於何時發現該疾病？_____年_____月。

(2) 當時症狀(可複選)：少尿 頻尿 血尿 膿尿 蛋白尿 水腫 高血壓 糖尿病
其他，請詳述_____ (若不確知，請提供診斷證明)。

(3) 是何原因造成？不明原因 藥物濫用 紅斑性狼瘡 感染性疾病(例如：感冒、麻疹……)
其他(請說明)_____ (若不確知，請提供診斷證明或當時就診病歷)。

2. 治療過程及方式(可複選)：

門診。

藥物治療，使用藥物名稱/劑量/頻率：_____ (若不確知，請提供藥袋或處方箋)。
是否停藥？否 是，大概停藥時間：_____年_____月。

住院，大概自_____年_____月_____日至_____年_____月_____日，共_____天。

手術治療，手術名稱/部位：_____，大概手術時間：_____年_____月；
若有腎摘除請圈選：左側、右側或雙側。

洗腎治療。腹膜透析。未接受治療，原因：_____。

其他(請詳述治療名稱及時間)：_____。

3. 治療結果及現況(可複選)：

已痊癒不再門診追蹤，最近一次大概就診時間：_____年_____月。

需定期門診：多久追蹤一次：_____，最近一次大概就診時間：_____年_____月。

仍需服藥治療：長期服用 有需要時使用，使用藥物名稱/劑量/頻率：_____ (若不確知，請提供藥袋或處方箋)。

仍需定期接受洗腎或腹膜透析。

最近一次接受檢查項目(可複選)及結果

(1) 大概檢查時間：_____年_____月。

(2) 腎功能檢查 腎臟超音波 電腦斷層攝影 核磁共振 其他(請說明)：_____。

(3) 檢查結果：正常 異常，項目/結果：_____ (若不確知，請提供檢查報告)。

有復發狀況：復發次數：_____次，最近一次大概復發時間：_____年_____月。

其他(請說明)：_____。

4. 併發症或後遺症：

否，無併發症或後遺症。

是(可複選)：少尿 頻尿 血尿 膿尿 蛋白尿 水腫 高血壓 糖尿病
其他(請說明)：_____。醫師建議治療方式：_____。

要保人簽名：_____	填寫日期：民國_____年_____月_____日
被保險人簽名：_____	法定代理人簽名：_____

(要保人或被保險人未滿 20 足歲且未婚者，請法定代理人加簽)