

合作金庫人壽保險股份有限公司

泌尿系統疾病問卷

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) 台端約於何時發現有泌尿系統方面疾病？(如腎臟發炎、腎水腫、尿道炎、結石、攝護腺疾病、結構異常等)？\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月，請詳述當時症狀：\_\_\_\_\_。

(2) 是否曾就診？  否  是，就診醫院名稱：\_\_\_\_\_。  
醫師確診病名：\_\_\_\_\_ (若不確知，請附診斷證明)。

(3) 若為結石，結石部位(可複選)？  腎臟  輸尿管  膀胱  尿道  
 單側  雙側 (膀胱結石及尿道結石免填)。

2. 治療過程及方式(可複選)：

門診。

藥物治療，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。

超音波體外碎石術。  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。

仍需藥物治療： 長期服用  有需要時使用，藥物名稱/劑量/頻率：\_\_\_\_\_  
(若不確知，請提供藥袋或處方箋)。

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  尿液常規檢查  腹部超音波  X光  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，請說明症狀：\_\_\_\_\_。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)