

合作金庫人壽保險股份有限公司

呼吸系統疾病問卷

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呼吸系統疾病症狀？_____年_____月。

(2) 請詳述當時症狀：咳嗽 咳痰(血) 呼吸困難 其他，請詳述_____。

(3) 醫師確診病名：肺炎 慢性支氣管炎 支氣管擴張 慢性阻塞性肺病 肺結核
其他(請說明)_____ (若不確知，請提供診斷明)，
就診醫院名稱：_____。

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。
是否曾使用類固醇藥品治療？否 是，說明使用時間：約為_____年_____月至_____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。

未接受治療，原因：_____。

曾因此須在家休息，次數_____次，請大概列出日期區間：_____。

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，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) 胸部 X 光 肺功能 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：近二年內復發次數：_____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：_____。

5. 是否抽煙：不抽煙 抽煙：煙齡_____年，每日平均抽_____包 已戒除，何時：_____。

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)