

合作金庫人壽保險股份有限公司

甲狀腺疾病問卷

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甲狀腺功能異常或甲狀腺疾病症狀？_____年_____月。	
(2) 醫師確診病名： <input type="checkbox"/> 甲狀腺機能亢進 <input type="checkbox"/> 甲狀腺機能低下 <input type="checkbox"/> 甲狀腺腫 <input type="checkbox"/> 呆小症 <input type="checkbox"/> 甲狀腺結節	
<input type="checkbox"/> 其他(請說明)：_____ (若不確知，請提供診斷證明)。	
就診醫院名稱：_____。	
2. 治療過程及方式(可複選)：	
<input type="checkbox"/> 門診。	
<input type="checkbox"/> 藥物治療： <input type="checkbox"/> 抗甲狀腺藥 <input type="checkbox"/> 放射性碘治療 <input type="checkbox"/> 其他：_____；	
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？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，大概停藥時間：_____年_____月。	
<input type="checkbox"/> 住院，大概自_____年_____月_____日至_____年_____月_____日，共_____天。	
<input type="checkbox"/> 手術治療(請詳述切除部位及器官)：_____，大概手術時間：_____年_____月。	
病理切片報告為： <input type="checkbox"/> 良性 <input type="checkbox"/> 惡性 <input type="checkbox"/> 不確定，病理診斷病名為：_____ (若不確知，請提供檢查報告)	
<input type="checkbox"/> 未接受治療，原因：_____。	
<input type="checkbox"/> 其他(請說明治療名稱及時間)：_____。	
3. 治療結果及現況(可複選)：	
<input type="checkbox"/> 已痊癒不再門診追蹤，最近一次大概就診時間：_____年_____月。	
<input type="checkbox"/> 需定期門診：多久追蹤一次：_____，最近一次大概就診時間：_____年_____月。	
<input type="checkbox"/> 仍需藥物治療： <input type="checkbox"/> 長期服用 <input type="checkbox"/> 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)。	
<input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 甲狀腺功能 <input type="checkbox"/> 甲狀腺 超音波 <input type="checkbox"/> 甲狀腺抽吸 <input type="checkbox"/> 電腦斷層攝影 <input type="checkbox"/> 心電圖	
<input type="checkbox"/> 其他(請說明)：_____。	
(3) 檢查結果： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常，項目/結果：_____ (若不確知或異常，請提供檢查報告)。	
<input type="checkbox"/> 有復發狀況：復發次數：_____次，最近一次大概復發時間：_____年_____月。	
<input type="checkbox"/> 其他(請說明)：_____。	
4. 併發症或後遺症：	
<input type="checkbox"/> 否，無併發症或後遺症。	
<input type="checkbox"/> 是(可複選)： <input type="checkbox"/> 甲狀腺腫大 <input type="checkbox"/> 眼球突出 <input type="checkbox"/> 心跳加速〔心悸〕 <input type="checkbox"/> 體重下降 <input type="checkbox"/> 雙手震顫	
<input type="checkbox"/> 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)	