



CANCER GENOMICS TEST SUPPLEMENTARY FORM 癌症檢測附加表格

TO BE COMPLETED BY THE ATTENDING PHYSICIAN / SURGEON AT THE CLAIMANT'S OWN EXPENSES 申請人自費由主診醫生 / 手術醫生填寫									
Policy No. 保單編號: Name of Patient 病人姓名:									
│									
1. Diagnosis / Provisional diagnosis 診斷 / 臨時診斷:									
2. Staging / Provisional staging 癌症分期 / 臨時癌症分期:									
3. Onset date of the symptoms / condition 病發日期: MM月 DD日 YYYY年									
4. Please provide histopathology report(s). 請提供組織病理化驗報告。									
5. Please provide the cancer treatment plan. 請提供癌症治療療程計劃。									
☐ Surgery 手術									
Radiotherapy 放射治療									
☐ Cancer Drug Therapy 癌症藥物治療 ☐ Chemotherapy 化療 ☐ Target therapy 標靶治療 ☐ Immunotherapy 免疫治療									
Others 其他 Please specify 請説明									
────────────────────────────────────									
6. For drug therapy, please specify 如採用藥物治療,請提供: a) Drug(s) / dosage / route of administration / frequency and duration / number of cycle 藥物名稱 / 劑量 / 施用方法 / 次數及時段 / 週期次數									
Drug Cost									
□ Clinic – Outpatient Care 日間門診 □ Hospital – Day Care / Outpatient 醫院日間護理 / 門診 □ Inpatient Care 住院 b) Have each of these drugs been approved by any drug regulatory agencies (eg FDA, EMEA, TPD, TGA, MHLW) with specific indications to the insured's current condition / progress? 此等藥物是否已獲藥品監管機構核准(如 FDA(美國)、EMEA(歐洲)、TPD(加拿大)、TGA(澳大利亞)、MHLW(日本)並對受保人的現狀 / 療程有具體果效。 □ Yes 是 □ No 否 Please specify the status of the clinical trial. 請提供臨床測試現況。									

OPCLM142.1019 Page 1 of 2

							Poli	cy Numl	nber 保	單號碼						
7 For radiatho	rany places enco	sifs, ⊅⊓ìch	7. 計公療	,善坦什	+ ·											_
7. For radiotherapy, please specify 如放射治療,請提供: Type of radiotherapy / total radiation dose / number of fractions / frequency schedule & daily dose 放射治療類型 / 總放射療法劑量 / 組分的次數 / 治療時段及每日劑量																
																_
Planning fee (by doctor) 醫生電療設計費用																
Clini	ic – Outpatient Ca	are 日間門	門診													
Hos	pital – Day Care /	Outpatie	ent 醫院!	日間護理	里/門診											
	tient Care 住院															
有否其他所需	pecial test required 需的診斷測試以協 有 Please speci	助癌症治	療療程?		he impler	mentat	ion of the	cancer	therap	oy?						
_	何 Please speci cial Test Items	Ty 雨战小														\neg
診斷	測試項目															
Clini	ical Justification															\Box
	理由															
	mated Cost															
預計費用																
∐ No	否 ————															_
	rmation 醫生資															
	declare that the 聲明此申請書									our kno	owled	ge aı	nd beli	ef.		
Name of Doctor																
醫生姓名:																
Qualification 醫學資格:																
Address																_
地址:																
Contact Telepho	one No					F	ax No									J T
聯絡電話:							專真號碼:									
Signature & Offi	cial Stamp									ate						_
簽署及蓋印:									F	期:						
										 MM月	DD	日	YY	/YY年	 E	

Page 2 of 2 OPCLM142.1019