




医疗证明书（医生报告）

第二部分（由主诊医生填写，费用由投保人 / 申请人承担）

保单号码		
<input type="text"/> <input type="text"/>		
投保人姓名	身份证 / 护照号码	03420049
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

一般资料

1. 您是投保人惯常就诊之医生？  是  否  
 如果“是”，请问投保人首次向您就诊的日期？  
 /  /   
 月 日 年

2. 投保人因本次疾病首次向您就诊的日期？  
 /  /   
 月 日 年  
 投保人的症状是什么？  
 \_\_\_\_\_  
 这些症状持续了多久？  
 \_\_\_\_\_

3. 投保人以前是否患有此疾病或相关疾病？  有  没有  
 如果“有”，请提供就诊日期及诊断结果。  
 \_\_\_\_\_

4. 请提供最终诊断的详细信息。  
 i. 诊断日期：  
 /  /   
 月 日 年  
 ii. 投保人首次知晓诊断的日期：  
 /  /   
 月 日 年

5. 投保人之家族病史是否增加投保人患此病之风险？  
 是 相关家族病史（包括家庭成员关系和年龄）：  
 \_\_\_\_\_  
 否

6. 投保人是否吸烟？  是  否  
 如果“是”  
 每日吸烟量：\_\_\_\_\_ 吸烟年数：\_\_\_\_\_

保单号码

其他 / 附加资料

1. 投保人因本病就诊的其他医生姓名或医院名称及地址：

医生 / 医院名称	地址	就诊日期 / 住院期间 (月/日/年)

投保人病情详情

1. 请提供最终诊断的详细信息。

2. 肿瘤在组织学上是否属于癌前病变、非浸润性、原位癌、交界性或低恶性潜力？

是 请提供详情
  否

3. (a) 根据TNM分期系统，肿瘤属于哪一阶段？

---

(b) 肿瘤是否有明显基质侵袭？

是 请提供详情
  否

(c) 肿瘤的原发器官

---

(d) 是否有远处转移？

是 请提供详情
  否

(e) 为确诊进行了哪些检查？（请附上所有相关检验报告及医疗报告副本）

检查日期	检查项目	结果 / 病理诊断
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 月 日 年		
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 月 日 年		
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 月 日 年		
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 月 日 年		
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 月 日 年		

4. (a) 如诊断为白血病，请说明类型。

(b) 如诊断为慢性淋巴细胞白血病，请说明RAI分期。

5. 投保人是否感染人类免疫缺陷病毒（HIV）？

是 请提供详情

否

6. 请提供当前治疗详情：

外科手术

放射治疗

化疗

姑息治疗

其他，请注明：

---

7. 如果投保人因本次癌症接受了脐带血干细胞移植，请提供以下资料。

i. 进行脐带血干细胞移植日期

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
月	日	年			

ii. 医院名称

---

iii. 请提供建议进行本次脐带血干细胞移植的肿瘤科医生姓名。

---

8. 投保人过去是否患有或接受治疗的其他重大疾病？

是 请提供详情

否

9. 是否有其他有助于我们审核本索赔案件的信息？请提供。

保单号码

本人 / 我们现声明此申请书上所填资料皆为本人 / 我们所知及所信之事实及其全部。

主诊 / 专科医生姓名 (资历)

签名 (盖章)

地址及电话

日期



下载 AIA+ 手机应用程序以便轻松管理您的保单！

「AIA」或「友邦」指友邦保险(国际)有限公司 (于百慕达注册成立之有限公司)，友邦保险有限公司 (于香港注册成立之有限公司) (视情况而定)，具体取决于此信件相关表格的签发公司。