



## 医疗证明书 (医生报告)

## 第二部分 (由主诊医生填写, 费用由受保人 / 申请人承担)

保单号码	<input type="text"/>	
受保人姓名	<input type="text"/>	身份证件 / 护照号码 <input type="text"/>
		03420036

## 一般资料

1. 您是受保人惯常就诊之医生 ? 如果“是”, 请问受保人首次向您就诊的日期 ? <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
2. 受保人因本次疾病首次向您就诊的日期 ? <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 受保人的症状是什么 ?  <hr/> <hr/>	
3. 受保人以前是否患有此疾病或相关疾病 ? 如果“有”, 请提供就诊日期及诊断结果。  <hr/>	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 没有
4. 请提供最终诊断的详细信息。 i. 诊断日期 : <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 ii. 受保人首次知晓诊断的日期 : <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年	
5. 受保人之家族病史是否增加受保人患此病之风险 ? <input type="checkbox"/> 是 相关家族病史 (包括家庭成员关系和年龄) :  <hr/> <hr/> <input type="checkbox"/> 否	
6. 受保人是否吸烟 ? 如果“是” 每日吸烟量 : _____ 吸烟年数 : _____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

## 其他 / 附加资料

1. 受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)

## 受保人病情详情

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
□□□ □□□ □□□ 月 日 年		
□□□ □□□ □□□ 月 日 年		
□□□ □□□ □□□ 月 日 年		
□□□ □□□ □□□ 月 日 年		
□□□ □□□ □□□ 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. 受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. 受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

8. 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。