



AIA

危疾－原位癌

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/申请人负担）

保单号码 		
受保人姓名 		身份证件/护照号码

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？ <table><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td>月</td><td>日</td><td colspan="3">年</td></tr></table>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	日	年			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否														
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																						
月	日	年																								
2. 受保人因本次疾病首次向您就诊的日期？ <table><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td>月</td><td>日</td><td colspan="3">年</td></tr></table>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	日	年																	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																						
月	日	年																								
受保人的症状是什么？ <hr/> <hr/>																										
这些症状持续了多久？ <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： <table><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td>月</td><td>日</td><td colspan="4">年</td></tr></table> ii. 受保人首次知晓诊断的日期： <table><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td>月</td><td>日</td><td colspan="4">年</td></tr></table>			<input type="text"/>	月	日	年				<input type="text"/>	月	日	年													
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
月	日	年																								
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
月	日	年																								
5. 受保人的家族病史是否增加受保人患上此病之风险？ <input type="checkbox"/> 是 相关家族病史（患此病的风险）： <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																								

保单号码

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 否

3. (a) 根据TNM / FIGO分期系统，肿瘤属于哪一阶段？

- (b) 肿瘤有否穿透基膜或侵袭周围组织或基质？

 是 否

- (c) 原位癌涉及的部位及器官：

- (d) 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"/> <input type="text"/> 月 日 年	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 月 日 年	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 月 日 年	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 月 日 年	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 月 日 年	<input type="text"/>	<input type="text"/>

保单号码

4. (a) 原位癌涉及的部位及器官是否曾经检测到有异常细胞或组织生长？

是 否

(b) 在原位癌涉及的部位及器官检测到异常细胞或组织生长时，曾进行了哪些检查或治疗？（请附上所有相关化验报告及医疗报告副本）

日期	医生 / 医院名称	检查 / 治疗	结果 / 病理诊断
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 月 日 年			
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 月 日 年			
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 月 日 年			
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 月 日 年			

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. 请提供目前治疗详情：

外科手术

放射治疗

化疗

姑息治疗

其他，请注明：

7. 受保人现时之病况。

预后

8. 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

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。