



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/申请人负担）

保单号码		
<input type="text"/>		
投保人姓名	身份证/护照号码	
<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. 投保人的家族病史是否增加投保人患上此病之风险？
 是 相关家族病史（患此病的风险）：

 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. 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 / 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 请提供详情
 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"/> 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) 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"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="text"/> 年			
<input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="text"/> 年			
<input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="text"/> 年			
<input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="text"/> 年			

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. 投保人现时之病况。

预后

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。