



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 :

Medical Expense Pre-Approval 醫療費用預先批核

Medical Claim 醫療賠償申請

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:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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 請說明

Please provide Clinical Practice Guideline used in this case. 請提供相關臨床治療指引。

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
藥物費用：

Cost per treatment (by doctor)
每次治療費用 (由醫生收取)：

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。

