



癌症索償申請書 Cancer Claim Form

重要指示：請於適當空格內加「✓」號

Important note: Please put "✓" for the appropriate box

第二部分 PART II (由主診醫生填寫 to be completed by attending Physician)

A. 病人資料 Patient Information

1. 姓名 Name	2. 身份證 / 護照號碼 ID Card / Passport Number	3. 年歲 Age	4. 性別 Sex
5. 閣下是否病人慣常求診的醫生？Are you the patient's usual physician? ☐ 否 No ☐ 是 Yes (如「是」，醫療記錄可追溯至何時 if "Yes", medical records traceable from) 日 DD 月 MM 年 YYYY			

B. 醫療資料 Medical Information

1. 病徵首次出現日期 Symptom Onset Date 日 DD 月 MM 年 YYYY	2. 首次求診日期 First Consultation Date 日 DD 月 MM 年 YYYY	3. 病徵 Symptom(s)
4. a. 診斷日期 Diagnosis Date 日 DD 月 MM 年 YYYY b. 診斷 Diagnosis c. 病人首次知悉日期 Patient First Being Informed Date 日 DD 月 MM 年 YYYY d. 從何處知悉 (請提供醫生 / 醫院名稱) Informed by (please provide name of physician / hospital) e. 是次疾病之根本原因？請提供詳情 What was the underlying cause of the disease? Please provide details f. 是否與先天性疾病或愛滋病有關？請提供詳情 Was the disease caused by any congenital or HIV related? Please provide details		
5. a. 癌症之外科病理分期及該分期方式 Surgical-Pathological cancer staging and the cancer staging system used b. 癌症之級別？What is cancer grading?		



6. a. 有否進行腫瘤活組織切片檢查？ Was a biopsy of the tumour performed?

☐ 否 No

☐ 是 Yes (請提供詳情 please provide details)

日期
Date
日 DD 月 MM 年 YYYY

名稱 / 種類
Name / Type

結果
Result

日 DD 月 MM 年 YYYY

b. 向閣下求診前，病人何時曾因此器官之異常接受檢查或治療？

When did the patient undergo investigations or receive treatment for any abnormality for such organ?

日期
Date
日 DD 月 MM 年 YYYY

醫生 / 醫院
Physician / Hospital

結果
Result

日 DD 月 MM 年 YYYY

7. 診斷是否經病理分析確定？ Is the diagnosis confirmed with histological examination?

☐ 否 No (請提供為何未有進行病理分析 please provide reason)

☐ 是 Yes (請提供病理分析之日期及結果 please provide the date and result of the histological examination)

日期 Date

結果 Result

否 No 是 Yes

日 DD 月 MM 年 YYYY

(a) 是否屬原位癌？ Is it carcinoma-in-situ?

☐ ☐

(b) 腫瘤是否完全在位生長？ Is the tumour completely localized?

☐ ☐

(c) 惡性細胞是否不受控制地生長？ Is there uncontrolled growth of malignant cells?

☐ ☐

(d) 是否已入侵至鄰近組織或淋巴？

☐ ☐

Is there any invasion of adjacent tissue or regional lymph node?

(e) 是否已擴散至其他器官？ Is there any distant metastasis?

☐ ☐

如是，甚麼器官已確認被擴散？ If yes, what is the identified secondary site? _____

8. 請提供治療及處方藥物詳情 (如手術、放射治療、化療等)

Please provide details of treatment and medication (e.g. surgical, radiotherapy, chemotherapy, etc.)

日期
Date

名稱 / 種類
Name / Type

詳情
Details

日 DD 月 MM 年 YYYY

日 DD 月 MM 年 YYYY

日 DD 月 MM 年 YYYY

9. 請提供病人過往曾患有上述癌症或相關病史資料 Please provide past history of the cancer specified above or related disease

日期
Date

醫生 / 醫院
Physician / Hospital

診所 / 醫院地址
Clinic / Hospital Address

電話號碼
Telephone Number

日 DD 月 MM 年 YYYY

日 DD 月 MM 年 YYYY



PCL0050

10. 請提供病人過往的健康紀錄資料 Please provide information of the past health history of the patient

日期 Date	醫生 / 醫院 Physician / Hospital	診所 / 醫院地址 Clinic / Hospital Address	電話號碼 Telephone Number
日 DD 月 MM 年 YYYY (首次求診 First consultation)			
日 DD 月 MM 年 YYYY			
日 DD 月 MM 年 YYYY			

11. 請提供病人吸食煙草產品習慣、飲用酒精飲品習慣及家族病史

Please provide information of patient's habit on smoking any tobacco products, consumption of alcoholic drink and family health history

☐ 相關資料並未有記錄 No such information			
☐ 吸食煙草產品 Smoking Tobacco Products	產品種類 Product Type	每天平均用量 Daily Amount	持續時間 Duration
		支 Cigarette(s)	由 From 月 MM 年 YYYY 至 to 月 MM 年 YYYY
☐ 飲用酒精飲品 Drinking Alcohol	產品種類 Product Type	每天平均用量 Daily Amount	持續時間 Duration
		毫升 ml	由 From 月 MM 年 YYYY 至 to 月 MM 年 YYYY
☐ 家族病史 Family Health History	患病日期 Date of Illness	患病詳情 Illness Details	與病人關係 Relationship with Patient
	日 DD 月 MM 年 YYYY		
	日 DD 月 MM 年 YYYY		
	日 DD 月 MM 年 YYYY		

註：請附上病理學報告、內窺鏡報告、診斷性化驗 / 實驗室測試報告及 / 或手術室撮要副本

Note: Please attach copies of histopathology report, endoscopic report, diagnostic / laboratory tests report and/or operating theatre summary

醫生資料 Physician Information

醫生姓名
Name of Physician

醫生 / 醫院簽署及蓋章
Signature and Official Stamp of Physician / Hospital

醫學及專業資格
Qualification and Specialty

診所 / 醫院之地址
Address of Clinic / Hospital

電話號碼
Telephone Number

日期 (日 / 月 / 年)
Date (DD/MM/YYYY)



PCL0050