



危疾預支保障索償申請書 Critical Illness Advance Benefit 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. 年齡 Age	4. 性別 Sex
5. 閣下是否病人慣常求診的醫生？如「是」，醫療記錄可追溯至何時 Are you the patient's usual physician? 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	2. 首次求診日期 First Consultation Date	3. 病徵 Symptom(s)
日 DD 月 MM 年 YYYY	日 DD 月 MM 年 YYYY	
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. 請提供治療及處方藥物詳情 (包括手術、放射治療、化療等) Please provide details of treatment and medication (include 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		
日 DD 月 MM 年 YYYY		



6. 請提供病人過往曾患有上述疾病或相關病史資料 Please provide past history of the disease 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

7. 癌症疾病 Cancer related disease

a. 位置、器官及癌症之級別 Site, organ involved and cancer grading

b. 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

c. 有否進行腫瘤活組織切片檢查？如「有」，請提供詳情 Was a biopsy of the tumour performed? if "Yes", please provide details

日期 Date 名稱 / 種類 Name / Type 結果 Result

日 DD 月 MM 年 YYYY

日 DD 月 MM 年 YYYY

d. 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？
Before consulting you, when did the patient undergo investigations or receive treatment for any abnormality for such organ?

日期 Date 醫生 / 醫院 Physician / Hospital 結果 Result

日 DD 月 MM 年 YYYY

日 DD 月 MM 年 YYYY

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

☐ 否 No (請提供原因 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

(a) 是否屬原位癌或原位癌病變？ Is it carcinoma-in-situ or any lesion described as carcinoma-in-situ? 否 No 是 Yes

(b) 腫瘤是否完全在位生長？ Is the tumour completely localized? 否 No 是 Yes

(c) 腫瘤是否在組織學上被描述為良性、癌前病變或異型增生的腫瘤？ Is the tumour histologically described as benign, pre-malignant or dysplasia? 否 No 是 Yes

(d) 惡性細胞是否不受控制地生長？ Is there uncontrolled growth of malignant cells? 否 No 是 Yes

(e) 是否已入侵至鄰近組織或淋巴？ Is there any invasion of adjacent tissue or regional lymph node? 否 No 是 Yes

(f) 是否已擴散至其他器官？ Is there any distant metastasis? 否 No 是 Yes

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

f. 若診斷為皮膚癌，該疾病是否惡性黑色素瘤？ If the diagnosis is skin cancer, is it malignant melanoma? ☐ 否 No ☐ 是 Yes

g. 是否任何在人類免疫缺陷病毒 (HIV) 感染存在下出現的腫瘤？ Is the tumour in the presence of HIV infection? ☐ 否 No ☐ 是 Yes

h. 是否子宮頸上皮內瘤樣病變 (CIN I · CIN II 或 CIN III) 或子宮頸鱗狀上皮內病變？ Is it Cervical Intra-epithelial Neoplasia (CIN I, CIN II, or CIN III) or Squamous Intra-epithelial lesion? ☐ 否 No ☐ 是 Yes

i. 是否 RAI 第 3 期以下的慢性淋巴性白血病？ Is it Chronic Lymphocytic Leukaemia less than RAI Stage 3? ☐ 否 No ☐ 是 Yes



8. 心臟病 Heart Attack

a. 有否典型胸痛病史？如「有」，請提供詳情 Any history of typical chest pain? if "Yes", please provide details

日期 Date

詳情 Details

由 From 日 DD 月 MM 年 YYYY 至 To 日 DD 月 MM 年 YYYY

b. 有否心肌梗塞特有的新近心電圖變化，顯示在相關心臟事故發生時有急性心肌梗塞？（請提供相關心電圖）

Is there any new characteristic ECG changes indicating acute myocardial infarction at the time of the relevant cardiac incident? (Please provide the related ECG) ☐ 否 No ☐ 是 Yes

c. 有否進行心電圖？Was an ECG performed?

☐ 否 No (請提供原因 please provide reason)

☐ 是 Yes (請提供心電圖之日期及詳情 please provide the date and details of the ECG)

日期 Date

詳情 Details

(a) 是否有心肌梗塞特有的新近心電圖變化？

Is there any new characteristic ECG changes?

☐ 否 No ☐ 是 Yes

(b) 該心電圖變化是否顯示在相關心臟事故發生時有急性心肌梗塞？

Is it indicating acute myocardial infarction at the time of the relevant cardiac incident?

☐ 否 No ☐ 是 Yes

日 DD 月 MM 年 YYYY

d. 有否進行血液測試？Was a blood test performed?

☐ 否 No (請提供原因 please provide reason)

☐ 是 Yes (請提供血液測試之日期及詳情 please provide the date and details of the blood test)

日期 Date

詳情 Details

(a) 心臟酵素 CK-MB 是否有特性的上升？

Is there characteristic rise of cardiac enzymes CK-MB?

☐ 否 No ☐ 是 Yes

(b) 心肌鈣蛋白 T Troponin T

ng/ml

(c) 心肌鈣蛋白 I Troponin I

ng/ml

日 DD 月 MM 年 YYYY

e. 是否心絞痛？Is it Angina?

☐ 否 No ☐ 是 Yes

9. 中風 Stroke

a. 是否因任何腦血管病發事件，引起神經系統後遺症？Is this neurological sequelae caused by cerebrovascular incident?

☐ 否 No

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

持續時間 Lasting period

詳情 Details

(a) 是否腦組織梗塞？Is it infarction of brain tissue?

☐ 否 No ☐ 是 Yes

(b) 是否腦出血？Is it haemorrhage?

☐ 否 No ☐ 是 Yes

(c) 是否源自頭顱外之栓塞？Is it embolisation from an extra-cranial source?

☐ 否 No ☐ 是 Yes

日 Days 小時 Hours

b. 發病後有否經腦科醫生進行身體檢查？After onset, is there any physical examination perform by a Specialist in Neurology?

☐ 否 No (請提供原因 please provide reason)

☐ 是 Yes (請提供檢查之日期及詳情 please provide the date and details of the examination)

日期 Date

詳情 Details

(a) 有否導致神經功能受損？Does this result in any neurological functional impairment?

☐ 否 No ☐ 有 Yes

(b) 有否神經異常症狀？Is there any objective neurological abnormal

☐ 否 No ☐ 有 Yes

日 DD 月 MM 年 YYYY

c. 是次發病是否短暫性腦缺血發作？Is it Transient Ischemic Attack (TIA)?

☐ 否 No ☐ 是 Yes

d. 是次發病是否由於偏頭痛而導致的腦損傷？Is it Brain damage due to migraine?

☐ 否 No ☐ 是 Yes

e. 是次發病是否對眼或視覺神經或前庭系統功能造成影響的血管疾病？

Is it Vascular disease affecting the eye, optic nerve or vestibular function?

☐ 否 No ☐ 是 Yes

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



PCL0055

11. 請提供病人家族病史、吸食煙草產品習慣及飲用酒精飲品習慣

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

☐ 家族病史 診斷日期 疾病詳情 與病人關係
Family Health History Diagnosis Date Disease Details Relationship with Patient

日 DD 月 MM 年 YYYY

日 DD 月 MM 年 YYYY

日 DD 月 MM 年 YYYY

☐ 吸食煙草產品 產品種類 每天平均用量 持續時間
Smoking Tobacco Products Product Type Daily Amount Duration

支 Cigarette(s) 由 From 月 MM 年 YYYY 至 to 月 MM 年 YYYY

☐ 飲用酒精飲品 產品種類 每天平均用量 持續時間
Drinking Alcohol Product Type Daily Amount Duration

毫升 ml 由 From 月 MM 年 YYYY 至 to 月 MM 年 YYYY

☐ 相關資料並未有記錄 No such information

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)



PCL0055