

## 惡性腫瘤患者重大傷病證明換發評估表

姓名：\_\_\_\_\_

性別：男 女

出生日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

身分證字號：\_\_\_\_\_

一、原發癌症診斷碼 ICD-9-CM：□□□.□；ICD-10-CM：C□□.□□□□

二、癌症最初診斷日期 □□□□□□□□ (YYYYMMDD)

三、癌症最初診斷 AJCC 分期(病理分期或未接受治療前的臨床分期)

1. 第一期 2. 第二期 3. 第三期 4. 第四期

5. 其他分期：\_\_\_\_\_ 系統 \_\_\_\_\_ 分期

四、目前癌症狀態 1. 癌症治療後 disease-free 且沒有復發

2. 癌症確診後從未 disease-free 過 3. 癌症局部或區域性復發

4. 癌症遠端轉移

五、後續治療評估 1. 需定期返診追蹤檢查 2. 癌症從未 disease-free

須持續治療 3. 癌症根治性治療後的輔助性治療(包括乳癌荷爾蒙治療)

4. 癌症復發治療 5. 癌症後遺症及併發症治療

六、後續治療計劃(可複選) 1. 手術治療 2. 放射線治療 3. 化學治療

4. 標靶治療 5. 荷爾蒙治療 6. 緩和治療 7. 其他

七、檢送文件(請以近一年就醫病歷或五年內復發佐證文件為主)

1. 病歷影本 2. 病理報告 3. 影像檔案或報告 4. 其他

補充說明：  
\_\_\_\_\_

主治醫師：\_\_\_\_\_

醫事機構名稱：\_\_\_\_\_

填表日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

-----以下由審核醫師填寫-----

審核意見：1. 同意發給重大傷病證明

2. 不符合申請條件，不同意，理由：

目前癌症無復發或轉移狀態，僅需定期追蹤

所附資料無法佐證屬「需積極或長期治療之癌症」

其他 \_\_\_\_\_

3. 資料不全，請補足資料：\_\_\_\_\_

審核醫師 \_\_\_\_\_ (簽章) 日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日