

痛風／高尿酸血症／關節炎問卷

被保險人姓名：_____

保單號碼：_____

業務代表姓名：_____

填寫日期：_____

◎為審慎評估可保性及提供適合之承保條件，敬請說明以下問題後寄回核保單位，謝謝您。

1. (1)您大約何時發現有此疾病？疾病名稱？

_____。

(2)發作時有何現象？ 關節紅腫熱痛 發燒 活動障礙 關節功能喪失 關節僵直

其他_____。

(3)如為關節炎，醫師診斷為何？ 退化性關節炎 類風濕性關節炎 痛風

其他_____。

(4)是否曾因此住院治療？ 否 是，住院大約日期_____，

就診醫院名稱_____。

2. (1)患病關節部位為何？_____。

(2)目前是否持續服用鎮痛藥物？ 否 是。

(3)有無手腳指、關節變形或僵硬現象？ 無 有，請說明關節部位：_____。

3. (1)平均每年復發大約幾次？_____次。

(2)每次持續時間大約多久？ _____天 星期。

(3)最近復發大約日期_____。

4. 是否有後遺症或併發症？(例如：活動障礙、關節功能喪失、關節僵直等)

否 是，請說明：_____

_____。

5. 您是否有飲酒習慣，煩請說明如下：

有，飲酒類型：烈酒類 紹興／米酒類 啤酒類 其他：_____

飲酒量：_____瓶 / 每天 每週 社交性飲酒

否

◎本人謹此聲明上述回答屬實，特此聲明。

要保人簽名：_____ 被保險人簽名：_____ 法定代理人簽名：_____

業務代表／

執業經紀人(代理人)簽名：_____