

肌肉骨骼疾病／意外傷害問卷

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)請問此疾病／傷害發生的大約日期_____。
(2)醫師診斷為何？_____。
(3)發生之部位？_____。
2. 疾病／傷害的部位有無因骨折植入鋼釘等內固物？ 無 有，請說明是否已取出？
否 是，取出大約日期_____。
3. (1)是否有頭（顱）骨骨折（破裂）情形？ 否 是，請說明：_____。
(2)是否有頭外部血腫或顱內出血情形？ 否 是，請說明：_____。
(3)有無腦震盪或嘔吐情形？ 無 有，請說明：_____。
(4)有無接受外科手術治療改善情形？ 無 有，請說明：_____。
(5)是否接受腦波檢查？ 無 有，其檢查結果為何？_____。
4. (1)當時是否因為意外傷害造成眩暈、頭痛、嘔吐、意識喪失情形或其他不適情形？
否 是，請說明：_____。
(2)如有喪失意識，則失去意識期間持續多久？（例如：小於6小時，6至24小時以上）
_____。
5. 就診（及轉診）的醫院名稱_____，最後一次就診大約日期_____，醫師有無任何進一步建議或叮嚀事項？ 無 有，請說明：_____。
6. (1)是否已經完全痊癒且不須依靠他人的協助而能自主行動並正常工作？ 是 否，請說明：_____。
(2)有無因此傷害留下任何後遺症情形？ 無 有，請說明：_____。
(3)因後遺症就診的醫院名稱_____，最近一次就診大約日期_____。

◎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：_____