痛風／高尿酸血症／關節炎問卷

1A10

被保險人姓名：＿＿＿＿＿＿＿＿　　保單號碼：＿＿＿＿＿＿＿＿

招攬(業務)人員姓名：＿＿＿＿＿＿　　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：＿＿＿＿＿＿

招攬(業務)人員簽名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿