肌肉骨骼疾病／意外傷害問卷

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)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：＿＿＿＿＿＿

招攬(業務)人員簽名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿