

「嚴重特殊傳染性肺炎」(COVID-19) 感染問卷

被保險人姓名：_____ 保單號碼：_____

被保險人身分證件號碼：_____ 招攬單位代號：_____

1.判定確診日期(含 PCR 陽性或快篩陽性經醫師診斷後確診)：_____年_____月_____日

2.確診症狀為何？(可複選)

☐無症狀 ☐發燒 ☐咳嗽 ☐喉嚨痛 ☐味覺喪失 ☐其他_____

3.治療過程及方式：(可複選)

(1)☐僅居家隔離，無用藥☐服用藥物治療(症狀治療或抗病毒藥物)☐需要住院治療，醫院名稱：_____住院日期及天數：_____(2)是否仍持續治療？… ☐否 ☐是；最後一次門診日期：_____年_____月_____日(3)醫師有無任何建議？…………… ☐無 ☐有，請說明：_____4.目前是否有後遺症：☐否 ☐是，請詳述_____5.目前是否已痊癒？☐否 ☐是，痊癒日期：_____

被保險人簽名：_____

法定代理人簽名：_____

保險業務員簽名：_____

填寫日期：_____年_____月_____日

