

一般疾病問卷

●無疾病專屬問卷時使用

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. 發生時間或初診日：_____年_____月_____日

當時症狀：_____ 醫師診斷病名：_____

2. 治療過程及方式：(可複選)

☐門診，門診日期及次數：_____☐藥物治療，藥物名稱：_____，是否停藥：☐否 ☐是，何時停藥？_____年_____月☐住院，住院日期及天數：_____☐手術，請說明手術名稱：_____☐其他，請詳述：_____3. 是否曾接受相關檢查：☐否 ☐是；若是，請詳述：_____檢查結果☐正常 ☐異常，請說明：_____是否持續治療：☐否 ☐是，最後一次就診日期：_____年_____月_____日4. 是否有後遺症或併發症？☐否 ☐是；若是，請詳述：_____5. 醫生是否有任何醫囑事項？☐否 ☐是；若是，請詳述：_____6. 目前是否已痊癒？ ☐是 ☐否；若否，請詳述目前狀況：_____

7. 就診醫院名稱：_____ 地點：_____ 病歷號碼：_____

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

