

合作金庫人壽保險股份有限公司

外傷/骨折問卷

保單號碼(身分證字號)：	被保險人：
承蒙申請投保本公司保險，深表謝忱！惟對下列事項尚祈要、被保險人能再予補充說明，敬請填寫後回覆核保單位，謝謝您。	
※請以正楷填寫，如有塗改請要被保險人於塗改處簽名確認。	
1. (1)大約發生時間？_____年_____月，事故原因(請詳述)：_____。	
就診醫院名稱：_____。	
(2)是否有以下狀況(可複選)：	
<input type="checkbox"/> 頭部外傷 <input type="checkbox"/> 顱內出血 <input type="checkbox"/> 腦震盪現象 <input type="checkbox"/> 內部器官出血(部位：_____)	
<input type="checkbox"/> 骨折(部位：_____) <input type="checkbox"/> 其他(請說明)：_____ <input type="checkbox"/> 以上皆無。	
(3)當時有無昏迷或失去知覺？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，昏迷多久：_____。	
2. 治療過程及方式(可複選)：	
<input type="checkbox"/> 門診。 <input type="checkbox"/> 藥物治療，使用藥物名稱/劑量/頻率：_____ (若不確知，請提供藥袋或處方箋)	
是否停藥？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，大概停藥時間：_____年_____月。	
<input type="checkbox"/> 住院，大概自_____年_____月_____日至_____年_____月_____日，共_____天。	
<input type="checkbox"/> 手術治療，手術名稱/部位：_____，大概手術時間：_____年_____月。	
<input type="checkbox"/> 植入鋼釘或人工裝置物： <input type="checkbox"/> 未取出 <input type="checkbox"/> 已取出，大概取出時間：_____年_____月。	
<input type="checkbox"/> 未接受治療，原因：_____。	
<input type="checkbox"/> 其他(請詳述治療名稱及時間)：_____。	
3. 治療結果及現況(可複選)：	
<input type="checkbox"/> 已痊癒不再門診追蹤，最近一次大概就診時間：_____年_____月。	
<input type="checkbox"/> 需定期門診：多久追蹤一次：_____，最近一次大概就診時間：_____年_____月。	
<input type="checkbox"/> 仍需藥物治療： <input type="checkbox"/> 長期服用 <input type="checkbox"/> 有需要時使用，使用藥物名稱/劑量/頻率：_____	
(若不確知，請提供藥袋或處方箋)。	
<input type="checkbox"/> 最近一次接受檢查項目：_____；	
檢查結果： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常，項目/結果：_____ (若不確知，請提供檢查報告)。	
<input type="checkbox"/> 受傷部位是否有任何機能喪失或缺損之情形？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，請說明：_____。	
是否需要使用輔助器？ <input type="checkbox"/> 不需要 <input type="checkbox"/> 需使用輔助器(請圈選輪椅、助行器、拐杖「單/雙側」或其他)	
<input type="checkbox"/> 有復發狀況：復發次數：_____次，最近一次大概復發時間：_____年_____月。	
<input type="checkbox"/> 其他(請說明)：_____。	
4. 併發症或後遺症：	
<input type="checkbox"/> 否，無併發症或後遺症。 <input type="checkbox"/> 是(可複選)： <input type="checkbox"/> 偶而/經常頭痛 <input type="checkbox"/> 偶而/經常頭暈、目眩 <input type="checkbox"/> 容易倦怠、嗜睡	
<input type="checkbox"/> 容易精神恍惚 <input type="checkbox"/> 神精衰弱 <input type="checkbox"/> 部份記憶喪失 <input type="checkbox"/> 癲癇 <input type="checkbox"/> 行動不便(請說明)：_____	
<input type="checkbox"/> 其他後遺症狀(請說明)：_____。	
5. 是否重返工作崗位？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，請說明：_____。	
要保人簽名：_____	填寫日期：民國_____年_____月_____日
被保險人簽名：_____	法定代理人簽名：_____
(要保人或被保險人未滿 20 足歲且未婚者，請法定代理人加簽)	