

合作金庫人壽保險股份有限公司

視力障礙問卷

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) 台端約於何時發現有視力障礙情形？_____年_____月。發生部位：左眼 右眼 雙眼。
(2) 造成原因：感染 外傷 腫瘤 自體免疫疾病 中樞神經系統疾病 高血壓 高度近視
糖尿病 先天性 老化 其他(請說明)：_____。
(3) 醫師確診病名：_____ (若不確知，請提供診斷證明)；就診醫院名稱：_____。

2. 治療過程及方式(可複選)：
門診。
藥物治療，使用藥物名稱/劑量/頻率：_____ (若不確知，請提供藥袋或處方簽)
是否停藥？否 是，大概停藥時間：_____年_____月。
住院，大概自_____年_____月_____日至_____年_____月_____日，共_____天。
手術治療，手術名稱/部位：_____，大概手術時間：_____年_____月。
雷射治療。
未接受治療，原因：_____。
其他(請詳述治療名稱及時間)：_____。

3. 治療結果及現況(可複選)：
已痊癒不再門診追蹤，最近一次大概就診時間：_____年_____月。
需定期門診：多久追蹤一次：_____，最近一次大概就診時間：_____年_____月。
仍需藥物治療：長期服用 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)。
最近一次接受檢查項目(可複選)及結果
(1) 大概檢查時間：_____年_____月。
(2) 視力檢查檢查結果：裸視左眼_____/裸視右眼_____; 矯正後左眼_____/矯正後右眼_____
(3) 眼壓檢查檢查結果：左眼_____/右眼_____。
有復發狀況：復發次數：_____次，最近一次大概復發時間：_____年_____月。
其他(請說明)：_____。

4. 併發症或後遺症：
否，無併發症或後遺症。
是，請說明症狀：_____。醫師建議治療方式：_____。

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)