

合作金庫人壽保險股份有限公司

聽力障礙問卷

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聽力障礙情形？\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月。發生部位：左耳 右耳 雙耳。  
(2)造成原因：意外所致 疾病，(病名)：\_\_\_\_\_。  
(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。  
有無使用助聽器？左耳 右耳 雙耳。  
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？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。  
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)聽力檢查檢查結果：左耳\_\_\_\_\_/右耳\_\_\_\_\_。  
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)