

合作金庫人壽保險股份有限公司

關節炎疾病問卷

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關節炎相關症狀？_____年_____月，侵犯部位：_____。 關節有變形、強直或僵硬之情形？ ☐ 否。 ☐ 是，部位：_____。 (2) 是否曾就診？ ☐ 否 ☐ 是，醫師確診病名： ☐ 類風溼性關節炎 ☐ 僵直性脊椎炎 ☐ 退化性關節炎 ☐ 椎間盤突出 ☐ Still's 斯帝爾病 ☐ 乾燥症 ☐ 其他。	
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，請提供藥袋或處方箋) 是否停藥？ ☐ 否 (☐ 長期服用 ☐ 有需要時使用) ☐ 是，大概停藥時間：_____年_____月。 是否曾使用類固醇藥品治療？ ☐ 否 ☐ 是，說明使用時間：約為_____年_____月至_____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。 ☐ 飲食作息調整。 ☐ 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)： ☐ 已痊癒不須再後續追蹤，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：民國_____年_____月。 (2) ☐ 紅血球沉降率(ESR) ☐ 類風濕性因子(RF) ☐ 其他(請說明)：_____ (3) 檢查結果： ☐ 正常 ☐ 異常，項目/結果：_____ (若不確知，請提供檢查報告)。 ☐ 有復發狀況：平均復發次數：_____次/年，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(可複選)： ☐ 眼睛發炎 ☐ 心臟疾病 ☐ 中樞神經系統疾病 ☐ 腎臟疾病 ☐ 骨折 ☐ 行動不便 ☐ 其他(請說明)：_____。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：_____	
(要保人或被保險人為未滿七歲或其他無行為能力人，由法定代理人代其簽名，及於法定代理人欄位簽名；要保人或被保險人為七歲(含)以上未成年人或其他限制行為能力人，由其本人簽名，及由法定代理人於法定代理人欄位簽名。)	