

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)：_____。

(2)是否有以下狀況(可複選)：

☐頭部外傷 ☐顱內出血 ☐腦震盪現象 ☐內部器官出血(部位：_____)

☐骨折(部位：_____) ☐其他(請說明)：_____ ☐以上皆無。

(3)當時有無昏迷或失去知覺？☐否 ☐是，昏迷多久：_____。

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。

☐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。

☐植入鋼釘或人工裝置物：☐未取出 ☐已取出，大概取出時間：_____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：_____；

檢查結果：☐正常 ☐異常，項目/結果：_____ (若不確知，請提供檢查報告)。

☐受傷部位是否有任何機能喪失或缺損之情形？☐否 ☐是，請說明：_____。

是否需要使用輔助器？☐不需要 ☐需使用輔助器(請圈選輪椅、助行器、拐杖「單/雙側」或其他)

☐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(可複選)：☐偶而/經常頭痛 ☐偶而/經常頭暈、目眩 ☐容易倦怠、嗜睡

☐容易精神恍惚 ☐神經衰弱 ☐部份記憶喪失 ☐癲癇 ☐行動不便(請說明)：_____

☐其他後遺症狀(請說明)：_____。

5. 是否重返工作崗位？☐是 ☐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：_____

(要保人或被保險人為未滿七足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。)