



合作金庫人壽保險股份有限公司

聽力障礙問卷

 承蒙申請投保本公司保險,深表謝忧!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,辦謝證。 ※請以正檔填寫,如有達改請要被保險人於達改農簽名確認。 1.(1)台端約於何時發現有聽力障礙情形?	保單號碼(身分證字號):	被保險人:	
1. (1)台端約於何時發現有聽力降礙情形? 年 月。發生部位:□左耳 □ 世早。 (2)造成原因:□意外所致 □族病,(病名): (3)醫師確診病名: (若不確知,請提供診斷證明)。 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。 □競粉治療,使用藥物名稱/劑量/頻率: (若不確知,請提供藥袋或處方質) 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,原因: 中 月。 □未接受治療,原因: 中 月。 □ 上生他(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。 □ 你需藥物治療:□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 /本耳 。 □ 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: □ 香,無併發症或後遺症。 □ 是,請說明症狀: 。。			
(2)造成原因: □意外所致 □疾病,(病名):	※請以正楷填寫,如有塗改請要被保險人於塗改處簽名確認。		
(3)醫師確診病名:	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. 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: □と否停藥? □否(□長期服用□有需要時使用) □是,大概停藥時間: —— 年	(2)造成原因:□意外所致 □疾病,(病名):		
□門診。 □有無使用助聽器?□左耳□右耳□雙耳。 □禁物治療,使用藥物名稱/劑量/頻率:	(3)醫師確診病名:(若不確知,請提供診斷證明)。		
□有無使用助聽器?□左耳□右耳□雙耳。 □禁物治療,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(□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。 □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。 □伤需藥物治療:□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 月。 (2)聽力檢查檢查結果:左耳	2. 治療過程及方式(可複選):		
 ○ 藥物治療,使用藥物名稱/劑量/頻率:	□門診。		
是否停藥? □否(□長期服用□有需要時使用) □是,大概停藥時間:	□有無使用助聽器? □左耳 □右耳 □雙耳。		
□住院,大概自 年 月 日子 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): 中 月。 □密定期門診: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)。 □ 日。 ○撮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): 年 月。 4. 併發症或後遺症: □ 本 上	□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)	
□手術治療,手術名稱/部位:	是否停藥? □否(□長期服用□有需要時使用)[
□手術治療,手術名稱/部位:	□住院,大概自 年 月 日至	年 月 日,共 天。	
□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:			
□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:			
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:			
□已痊癒不須再後續追蹤,最近一次大概就診時間:		-	
□需定期門診:多久追蹤一次:]: 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:			
(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:			
(1)大概檢查時間:			
(2)聽力檢查檢查結果:左耳	□最近一次接受檢查項目(可複選)及結果		
(2)聽力檢查檢查結果:左耳	(1)大概檢查時間: 年	月。	
□有復發狀況:復發次數:			
□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:□			
□ 否,無併發症或後遺症。□ 是,請說明症狀:。			
□是,請說明症狀:。			
		•	
要保人簽名:	要保人簽名:	真寫日期: 民國年月 日	
被保險人簽名:	被保險人簽名:	去定代理人簽名: 全,及於法定供理人網份签名:並但人或並但降人並上與(魚)以上主共在上出	