

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)。

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(☐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。
☐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。)