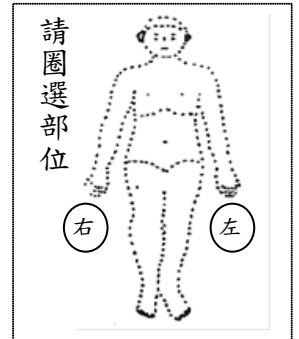


小兒麻痺問卷

要保人姓名：	被保險人姓名：
保單號碼：	招攬單位：

承蒙 您投保本公司保險，深表謝忱！惟對下列事項尚祈要、被保險人能予以補充說明，敬請填寫本問卷後回覆本公司為荷，在此感謝您的合作！

1. 何時發現小兒麻痺？_____年_____月，
 部位：左上肢 右上肢 左下肢 右下肢 其他
 （除上述勾選外，請務必於右圖圈選部位）



2. 目前是否有雙下肢不等長之情形？
否(本題結束)
是，較短的為左下肢 右下肢，雙下肢長度差距約為_____公分。

3. 目前是否使用輔助器？
否(本題結束)
是，請填寫下列問項
 (1) 使用輔具之部位：左上肢 右上肢 左下肢 右下肢 其他：_____。
 (2) 使用之輔具為：拐杖 鐵鞋 輪椅 其他：_____。

4. 最近5年內是否因小兒麻痺就診？
否(本題結束)
是，請說明治療過程：
 (1) 是否需定期門診？
否(本題結束)
是，多久追蹤一次：_____，追蹤結果：_____。
 最近一次大概就診時間：____年 ____月。

(2) 是否需服藥治療：
否(本題結束)
是，藥物名稱：_____；劑量：_____（若不確定，請提供藥袋或處方箋）

5. 是否造成後遺症或併發症？
否(本題結束)
是，請說明如下：
呼吸機能異常 心臟機能異常 泌尿系統機能異常 脊柱側彎 骨盆變形
胸廓變形 其他機能異常或喪失，請詳述：_____（若不確知，請提供就診病歷）

6. 其他補充說明：_____

要保人簽名：_____ 法定代理人簽名：_____

被保險人簽名：_____

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

