

## 外傷/骨折問卷

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. 事故發生資料？  
 發生時間或初次就診日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日，發生原因：\_\_\_\_\_  
 就診之醫院：\_\_\_\_\_， 診斷病名：\_\_\_\_\_

2. 是否有下列狀況(可複選)：  
 頭部外傷  顱內出血  顱骨骨折  腦震盪  內部器官出血  
 其他部位骨折/脫臼，請說明骨折/脫臼部位：  
 其他受傷程度及部位(請說明)：  
 當時是否昏迷， 是  否；如是，昏迷多久：\_\_\_\_\_(日/小時)  
 無狀況

3. 檢查治療過程及方式(可複選； 若未接受檢查治療請於 ★表示項目勾填)：  
 一般外傷門診處理回家休養  急診檢查治療及觀察數小時  
 住院：\_\_天，自\_\_年\_\_月\_\_日至\_\_年\_\_月\_\_日  手術名稱：，部位，手術時間：\_\_年\_\_月  
 植入鋼釘或人工裝置物， 是，何時取出：\_\_\_\_\_； 否  
 服藥治療，藥名：，如已停止 服藥，時間：\_\_年\_\_月  
 其他(請說明)：\_\_\_\_\_  
 ★ 未曾接受相關檢查      ★ 未接受治療

4. 治療結果及目前身體狀況(可複選)：  
 已痊癒不再門診追蹤，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  
 仍服藥治療， 長期服用  有需要時使用，藥名：  
 須持續門診復健，多久一次，最近一次大概復健時間：\_\_年\_\_月  
 其他(請說明)：\_\_\_\_\_

5. 是否有下列後遺症(可複選)：  
 頭痛  頭暈、目眩  複視  記憶喪失  癱瘓  行動不便：  
 其他症狀(請說明)：\_\_\_\_\_  
 無後遺症

要保人簽名：\_\_\_\_\_ 法定代理人簽名：\_\_\_\_\_

被保險人簽名：\_\_\_\_\_

