

眼部疾病 / 視力障礙問卷

|        |         |
|--------|---------|
| 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. 何時發現該疾病？\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月

如何發現：身體不舒服健康檢查其他：\_\_\_\_\_

當時症狀：視力減退視野缺失分泌物增多眼瞼水腫發癢飛蚊症結膜充血  
其它\_\_\_\_\_

發生原因：先天性老化感染糖尿病高血壓外傷高度近視腦部腫瘤  
其它\_\_\_\_\_

發生部位：左眼右眼雙眼

醫生確診診斷病名：\_\_\_\_\_

就診醫院名稱/地點，請詳述：\_\_\_\_\_

就診、追蹤之醫院名稱及地點：\_\_\_\_\_

2. 檢查治療過程及方式：否（未接受治療）是，請勾選下列問題（可複選）

門診治療：期間\_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_

住院治療：期間\_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_

手術治療：手術名稱：\_\_\_\_\_，手術日期：\_\_\_\_\_

藥物治療：藥品名稱\_\_\_\_\_，藥物治療期間：\_\_\_\_\_（若不確定，請提供藥袋或處方箋）

其他：\_\_\_\_\_

3. 目前兩眼視力：裸視視力：左眼\_\_\_\_\_ 右眼\_\_\_\_\_

矯正後視力：左眼\_\_\_\_\_ 右眼\_\_\_\_\_

4. 該疾病治療之結果及狀況：

(1) 是否持續追蹤治療：否 是，多久追蹤一次？\_\_\_\_\_

(2) 醫生是否有任何囑事項：否 是，請詳述：\_\_\_\_\_

(3) 您是否復發：否 是，請說明復發次數 \_\_\_\_\_ 次，最近一次復發日期：\_\_\_\_\_，  
 復發情形請詳述：\_\_\_\_\_

5. 是否有後遺症 或併發：否 是，請詳述：\_\_\_\_\_

6. 目前是否已痊癒：是 否，請詳述：\_\_\_\_\_

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

