

投保前驗身健康調查問卷

姓名：_____

日期：_____

1. 最近接受醫生診治之

日期：_____年_____月_____日

原因：_____

醫生姓名：_____

地址：_____

以上醫生是否閣下的家庭醫生？ 是 否

如否請列出閣下家庭醫生之

醫生姓名：_____

地址：_____

2. 家庭資料

父親 健在，_____歲 已故，於_____歲原因是_____

母親 健在，_____歲 已故，於_____歲原因是_____

兄/弟/姊/妹 健在，_____歲 已故，於_____歲原因是_____

兄/弟/姊/妹 健在，_____歲 已故，於_____歲原因是_____

兄/弟/姊/妹 健在，_____歲 已故，於_____歲原因是_____

閣下是否患有：

3. 胸痛、心悸、高血壓、風濕性熱、心雜音、心臟病發、呼吸困難、血液循環不良或其他心臟疾病？ 是 否

4. 呼吸器官疾病、呼吸困難、吐血、持久沙啞或咳嗽、支氣管炎、胸膜炎、哮喘、肺氣腫或肺結核？ 是 否

5. 黃膽病、肝炎、潰瘍、結腸炎、膽石、憩室炎、經常消化不良、潰瘍、疝氣或其他胃、腸、肝或膽的疾病？ 是 否

6. 尿中有糖、蛋白、血或膿、腎、膀胱、前列腺或生殖器官結石或其他疾病？ 是 否

7. 眼或耳的疾病、暈眩、痙攣、癲癇、頭痛、語言缺陷、癱瘓或中風，精神病？ 是 否
8. 畸形、跛或斷肢、脊椎骨、背部、頸、關節、肌肉、骨、神經系統的疾病包括神經炎、坐骨神經痛、風濕、關節炎或痛風？ 是 否
9. 癌症、腫瘤、囊腫或皮膚或淋巴腺的疾病？ 是 否
10. 先天性的疾病、敏感、貧血、壞血病或其他血的疾病？ 是 否
11. 酗酒或濫用藥物？ 是 否
12. 性病、愛滋病、與愛滋病有關的併發症或狀況？ 是 否
13. 曾否接受滋病病毒的測驗？ 曾 否
14. 免疫系統疾病、紅斑狼瘡或類風濕關節炎？ 是 否
15. 在過去五年內你曾否 (a)就診或(b)接受手術、入院療養、X光檢驗、內科治療、體格檢驗(包括乳X光、子宮頸細胞塗片檢驗、超聲波或活體檢視)或以上未提及的治療(普通病症如傷風、感冒及受聘前的健康檢查而不需要額外檢驗和治療者除外)？ 曾 否
16. 患有上文並未提及的疾病、接受過手術、治療或需留院？ 是 否
17. 因疾病、意外或受傷曾不獲保險公司賠償？ 是 否
18. 過去一年內，體重曾否有十磅以上增/減？ 曾 否
19. 你目前是否正在接受治療或服用藥物？ 是 否
20. 是否有吸香煙(煙草類製品)的習慣？ 是 否
- 如有每日平均吸煙的支數？_____支 已吸煙多少年？_____年
21. 是否有飲酒的習慣？ 是 否
- 如有每日平均飲用量？_____毫升 已飲酒多少年？_____年
22. 以下問題只適用於女性作答：
- 有否婦科疾病的症狀或在過去十年，閣下曾否在妊娠期間患有併發症(例如：宮外孕、流產、瀰漫性血管內凝血、糖尿病或血壓高等)？ 是 否
 - 月經是否正常？ 是 否
 - 若閣下現在懷孕，請說明預產期？ _____年_____月_____日