



## 肢體障礙問卷

保單號碼：	被保險人：	身分證字號：
<p>本人申請 貴公司保險，補充說明如下：</p> <p>1. 診斷病名?(可複選)</p> <p><input type="checkbox"/>腦性麻痺 <input type="checkbox"/>小兒麻痺 <input type="checkbox"/>腦中風 <input type="checkbox"/>腦外傷 <input type="checkbox"/>截肢 <input type="checkbox"/>其他_____。</p> <p>2. 上述若有勾選，請說明：</p> <p>造成原因：<input type="checkbox"/>意外事故 <input type="checkbox"/>先天 <input type="checkbox"/>疾病病名：_____ <input type="checkbox"/>其他_____。</p> <p>3. 肢體障礙或缺損部位(可複選)：</p> <p>右側 <input type="checkbox"/>肩關節 <input type="checkbox"/>上肢 <input type="checkbox"/>肘關節 <input type="checkbox"/>腕關節 <input type="checkbox"/>拇指 <input type="checkbox"/>食指 <input type="checkbox"/>中指 <input type="checkbox"/>無名指 <input type="checkbox"/>小指 <input type="checkbox"/>腕關節  <input type="checkbox"/>下肢 <input type="checkbox"/>膝關節 <input type="checkbox"/>踝關節 <input type="checkbox"/>足趾 <input type="checkbox"/>其他_____。</p> <p>左側 <input type="checkbox"/>肩關節 <input type="checkbox"/>上肢 <input type="checkbox"/>肘關節 <input type="checkbox"/>腕關節 <input type="checkbox"/>拇指 <input type="checkbox"/>食指 <input type="checkbox"/>中指 <input type="checkbox"/>無名指 <input type="checkbox"/>小指 <input type="checkbox"/>腕關節  <input type="checkbox"/>下肢 <input type="checkbox"/>膝關節 <input type="checkbox"/>踝關節 <input type="checkbox"/>足趾 <input type="checkbox"/>其他_____。</p> <p>4. 目前肢體障礙部位是否有下列情形? <input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>是，請勾選(可複選)</p> <p><input type="checkbox"/>肌肉萎縮 <input type="checkbox"/>無法隨意識任意活動 <input type="checkbox"/>關節完全強直 <input type="checkbox"/>關節完全麻痺  <input type="checkbox"/>縮短異常(手/腳) 約____公分 <input type="checkbox"/>喪失生理運動範圍二分之一以上  <input type="checkbox"/>喪失生理運動範圍三分之一以上 <input type="checkbox"/>關節活動度限制(提舉/屈曲/伸展度) 約____度  <input type="checkbox"/>其他_____。</p> <p>5. 治療結果及目前狀況(可複選)</p> <p><input type="checkbox"/>需使用輔助器：<input type="checkbox"/>支架 <input type="checkbox"/>輪椅 <input type="checkbox"/>鐵鞋 <input type="checkbox"/>義肢 <input type="checkbox"/>其他輔助器具_____；          使用輔助器之部位(可複選)：<input type="checkbox"/>左、右/上、下肢(請圈選) <input type="checkbox"/>雙上肢 <input type="checkbox"/>雙下肢  <input type="checkbox"/>其他_____</p> <p><input type="checkbox"/>最近一次接受檢查項目(可複選)及結果</p> <p>(1) 檢查時間：_____年_____月</p> <p>(2) 檢查項目及結果：(若異常，請提供檢驗報告)</p> <p><input type="checkbox"/>胸部 X 光檢查(<input type="checkbox"/>正常 <input type="checkbox"/>異常)</p> <p><input type="checkbox"/>心電圖檢查(<input type="checkbox"/>正常 <input type="checkbox"/>異常)</p> <p><input type="checkbox"/>其他，請說明：_____ (<input type="checkbox"/>正常 <input type="checkbox"/>異常)</p> <p><input type="checkbox"/>不確定(若不確定，請提供檢查報告)</p> <p>6. 是否造成後遺症或併發症?</p> <p><input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>是，請說明：_____</p>		
要保人簽名：_____		法定代理人簽名：_____
被保險人簽名：_____		填寫日期：_____年_____月_____日